

UNIVERSIDAD CENTRAL (MADRID)
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

La gripe y sus formas clínicas

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

Alberto Roca Munner

Madrid, 2015

Facultad de Medicina
de la
Universidad Central

Tesis de doctorado

La gripe
y sus formas clínicas.

Por

Don. Alberto Roca y Muner.



Madrid = 1906.

Sumario: Introducción = Relaciones que existen entre la gripe y la fiebre catarral estacional = Definición y etimología = Formas clínicas de la gripe = Contagio y etiología = Incubación y prodromos = Manifestaciones sintomáticas en el sistema nervioso; en los aparatos respiratorio, digestivo y circulatorio; en los órganos genito urinarios, en la piel y en los sentidos = Fiebre = Convalecencia = Diagnóstico = Pronóstico.

Conclusiones.

Apéndice: Notas clínicas.



Excmo Sr.:

Es digno de estudio que en todas las enfermedades de carácter epidémico hayan surgido dificultades en la averiguación del modo de propagarse y hasta en la verdadera significación del padecimiento.

Desde los terribles azotes epidémicos de preteritos siglos en que la ciencia médica carecía de medios seguros para diagnosticar el mal, hasta la actualidad en que estamos, no sólo con la experiencia ajena, sino con los laboratorios de bacteriología, se han sucedido y desarrollado multitud de epidemias que han

puesto en peligro inminente á los pueblos y á veces han devastado comarcas enteras.

Y si bien el imperio de la actual Higiene ha mejorado la salud de los Estados sancionando leyes sanitarias, con todo, existen actualmente en algunos países focos de infección, cuyos gérmenes patógenos se propagan y difunden con tal rapidéz, cual requero de pólvora inflamada, que en ocasiones ni tréguas da á los gobiernos para librarse de la contaminación y consiguiente mortandad.

Existen algunas de esas epidemias que después de haber causado males sin cuento, parece que quedan dormidas entre resquicios de las localidades, y á la menor causa avisan, si no con aquella intensidad primera, por lo menos con la suficiente para dejar sentir sus perniciosos efectos.

Éal sucede con el proceso que preten-

demostramos desarrollar ante el ilustre criterio de los Señores del tribunal que nos ha de juzgar en opción al honroso título que finaliza nuestra carrera literaria, confesando previamente que carecemos de dotes para este acto, pero que en vuestra indulgencia confiamos, pues vereis en nuestro humilde trabajo una voluntad firme en la investigación doctrinal de cuanto ha podido escribirse acerca de

La gripe y sus formas clínicas,
y unas cuantas observaciones personales recogidas en nuestra práctica de doce años, que vienen á confirmar el concepto clínico hermanado con el bacteriológico que hemos formado de tan interesante estudio.



I.

Al entrar en materia nos llama la atención en primer término las relaciones que existen entre la gripe y la fiebre catarral estacional. Observamos con frecuencia en ciertas épocas del año, enfermos que se nos presentan bajo un conjunto sintomático complejo, variable en su forma, en su localización, en su intensidad y en su gravedad, conjunto sintomático que tiene muchas analogías con el que se observó en la epidemia de gripe de 1889-90. Estos enfermos evolucionan en su proceso, y, unas veces, la enfermedad no se difunde a su alrededor, mientras que otras, son punto de partida de focos epidémicos que se extienden ya a una parte de

la población, ya á la población entera, ya á una comarca, &c.

Desde la epidemia de 1889-90 hasta hoy, se han venido sucediendo todos los años, principalmente en las estaciones medias de primavera y de otoño, epidemias llamadas tambien gripales, pues su sintomatología coincide con la que en aquella se pudo estudiar, dentro de lo variable de su forma, localización, intensidad y gravedad, sin alcanzar su difusión. Los clínicos, engloban todos estos casos bajo la denominación común de gripe, influenza, trancaro, considerándolos como dependientes del mismo agente patógeno.

Ahora bien, ¿es que los ~~locutores~~ están en lo cierto al afirmarlo así, ó es que un abuso del lenguaje médico que ha trascendido al vulgo confunde la gripe con

la fiebre catarral estacional? Como pregun-
Widal⁽¹⁾: "¿Estas fiebres catarrales estacionales,
"son gripes aclimatadas, atenuadas o trans-
formadas en su virulencia"? Netter⁽²⁾ con-
siderando la gripe como una "enferme-
"dad epidémica caracterizada ante to-
"do, por su extrema generalización y por
"sus rápidas escursiones por la superfi-
cie del globo", conviene en admitir la exis-
tencia de pequeñas epidemias y de ca-
sos aislados, cuya sintomatología es ab-
solutamente análoga á la de la gri-
pe epidémica, y trata de investigar, si
existe otra cosa más que analogía en-
tre las tres expresiones de pandemia, epi-
demia circunscrita y enfermedad aisla-
da, y si es posible ver en ellas, las formas
de la misma enfermedad.

(1) Charcot, Bouchard, Brissaut. Tratado de Medicina. V. 6. 6.ª ed. - 1892.

(2) P. Brouardel, Gilbert, Girode. Tratado de Medicina y de Cirugía. V. 1. 3.ª ed. - 1901.

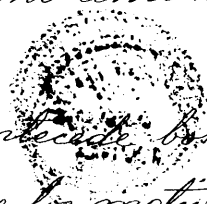
Observando bien los hechos, aparece como dato indubitable que desde el año de 1890 hasta ahora, si bien sin alcanzar las proporciones aterradoras de aquella pandemia, cada año hanse sufrido una ó más epidemias de gripe en la mayor parte de las localidades que entonces la sufrieron; de modo, que sin atrevernos á decir que se haya hecho endémica, en nuestro país no podemos considerarla como extinguida.

Pero esto mismo que se observa desde el año 1890 acá lo vemos retrocediendo medio siglo más, y como dice Vidal, desde la gran pandemia de gripe de 1837, podría hacerse una descripción de epidemia de gripe por cada año y en efecto, sin esfuerzo, encontramos nuestras listas de 1841, 1847-48, 1850-51, 1867, 1870, 1873, 1875, 1880-81, 1886; mas en los relatos que nos han

dejado los autores, es verdaderamente difícil separar en ellos lo que corresponde á la fiebre catarral estacional y lo que pertenece á la gripe epidémica. Esta dificultad sube de punto, si retrocedemos más en la historia y analizamos las epidemias de fiebres catarrales, donde encontraremos confundidas en un mismo nombre, entidades nosológicas; que después se han individualizado ó separadas bajo nombres distintos, enfermedades cuya identidad se ha demostrado después.

No pretendemos entrar en este análisis que nos llevaria muy lejos del objeto que nos proponemos; pero echando una rápida ojeada á los siglos XVIII y XIX en que tan frecuentes fueron estas epidemias, á sus maravillosas y clásicas descripciones, van unidos nombres de ^{genios} verdaderos de la Medicina, entre ellos

los de Lancisi, Hoffmann (1709), Sauvages, Huxham (1743), Stork (1752), nuestros eximios compatriotas, Navarrete (1757) y Villalba (1767), Stoll (1765), Heberden (1768), Laennec (1803), Norrat, Pirry, Oganam, Pluge, Graves (1837), Peacock (1847-48), Parkes (1870), Hirsch (1881) y en la última (de 1889-90) los informes de Broust, Kelsk y Anthony, Parsons, Geissier, Friedrich, Seitz y las discusiones entabladas en todas las Academias de Medicina, entre las cuales no debemos desdénar las que se sostuvieron en España: en ellas podremos ver sus opiniones encontradas, afirmando unos la dualidad de la fiebre catarral y la gripe epidémicas, y otros considerándolas como una misma enfermedad.

Resulta de lo que antecede,  preguntado á grandes rargos, que los motivos para hacer de la influencia ó gripe una

enfermedad aparte de la fiebre catarral estacional están lejos de ser suficientes para justificar esta separación atendiendo solo a sus síntomas, pues ambas se confunden, variando éstos, como hemos dicho antes, ya en su forma, ya en su localización, ya en su intensidad, ya en su gravedad, según el sello particular de cada epidemia. Además; aún cuando en el apogeo de estas epidemias el tipo morbozo se aparte, por la complejidad, por la intensidad, & de sus síntomas, del tipo catarral sencillo común y ordinario, es de frecuente observación ya en un principio ya al finalizar, casos en que éste se presenta en toda su pureza, como testimonio de que aquéllos no son más que gradaciones de éste. Al principio de la epidemia de 1889-90, en París, se recordaba la

humorística definición de la gripe hecha por Broussais que decía: "Invención de gentes, sin dinero y de médicos sin clientes, que, no teniendo nada que hacer han inventado esta faramalla". El Dr. Mariani, en la discusión entablada en la Academia Médico-Quirúrgica Española de Madrid en 1890, hace constar que un mes antes de presentarse la gripe en la capital como mortífera epidemia, ya había observado el reanudamiento de los afectos catarrales en su forma común (1). - Los hechos principales, pues, como dice Brochin (2) resaltan; uno es general y constante, el retorno periódico anual en las mismas épocas del año de las afecciones catarrales agudas simples; el otro hecho es variable, inconstante, irregular y es la explosión en épocas,

(1)-Revista de Medicina y Cirugía prácticas.-Actas de la Academia Médico-quirúrgica Española.-T.º 26-1890.

(2)-Dechambre-Dictionnaire encyclopédique des Sciences Médicales Art.º Catarrhe. 1875. T.º 15.^o

separadas á veces un cierto número de años, de epidemias catarrales, cuyas manifestaciones sintomáticas principales coinciden con aquéllas, pero presentándose bajo variedades infinitas de grado y forma, desde el más sencillo romadizo (1) hasta las formas más complejas ataxo-adinámicas.

Ya que por su sintomatología no es posible diferenciar estas dos enfermedades, pues que son análogas en su forma, ¿podremos encontrar en los agentes cósmicos, suelo, agua, aire, calor, luz, electricidad, magnetismo, la causa ó el fundamento de esta separación? En el estado actual de la ciencia, no, porque hoy todos los epidemiólogos están conformes en admitir que todos estos agentes influyen ya sobre el terreno, haciéndolo apto para la receptividad, ya sobre el agen-

(1)-R. J. Graves.-Lecciones de Clínica Médica-V.E.-3872-2º 3º

te patógeno en general, pero por ellos solos carecen de acción especial para provocar una epidemia determinada. Todos estos factores que antes fueron tan falsamente retribinados, y aun en la última epidemia se les quiso hacer responsables, hoy, ni para la gripe ni para ninguna epidemia tienen más acción que la indicada.

Aceptado hoy por todos los microbiólogos, el bacilo de Pfeiffer como el agente específico de la gripe, él es, el que nos ha de dar la solución de este problema planteado; esto es, la unidad o la dualidad de la fiebre catarral estacional y la gripe esporádica, ~~epidémica~~ o pandémica.

Son muchos los autores que se avienen mal con la unidad de estos dos afectos: citaremos tan sólo las

opiniones de Netter y de Seichitenstern. El primero, establece la comparación entre la gripe y el cólera, admitiendo, así como en este un foco endémico en las orillas del Ganges, otro foco endémico para aquélla, también en el Asia, en Doekhara y que desde ahí haría sus escursiones pandémicas de tiempo en tiempo. Ermite la hipótesis para explicar las epidemias circunscritas y los casos esporádicos que él desde luego se encuentra inclinado a aceptar de una influenza nostras como hay un cólera nostras: sin embargo, hallase muy lejos de estar demostrado, no pasando, por tanto, de hipótesis siendo el único hecho cierto el que en Doekhara, la gripe es endémica, y que algunas epidemias parece han tenido ahí su punto de origen. Seichitens-

tem. considera la influenza nostras y la influenza pandémica como dos enfermedades tan distintas como el cólera nostras y el cólera asiático, y divide "la enfermedad designada bajo el nombre de influenza" en: 1.º influenza pandémica producida por el bacilo de Pfeiffer; 2.º influenza verdadera endemo-epidémica, que se desarrolla con los gérmenes bacilo de Pfeiffer-que quedan después de pasada una pandemia; y 3.º influenza nostras, pseudo-influenza, fiebre catarral, llamada vulgarmente gripe, que es una enfermedad sui generis cuyo microorganismo causal no está determinado. (1)

Establecieron la identidad, Stoll, Forget, Monneret, Fiister y otros, muchos años y

(1)-Liemssen.-Tratado enciclopédico de Patología Médica y Terapéutica. V.E. 6.º 22.-5899.

aun lustros antes del descubrimiento del bacilo de Pfeiffer. Seitz, Vidal, Kelsch y otros en nuestros tiempos se inclinan á ella. Stoll, acerbo y mordaz en su apreciación, calificaba de extraños el análisis y á la filosofía médica á los que veían en la gripe una enfermedad distinta de la fiebre catarral estacional. Esramos muy lejos de admitir estos calificativos, mucho más faltándonos datos precisos y concluyentes, que fundados en la moderna escuela solucionar el asunto, no siendo por tanto posible formar juicio definitivo; con todo, sin negar la existencia de la fiebre catarral, dentro de cierto eclecticismo, nos inclinamos á creer como sospecha Vidal, que estas fiebres catarrales epidémicas, estacionales, son gripes ~~exaltadas~~ matadas, atenuadas ó transformadas en su virulencia, y que realmente hoy

mejor estudiado este punto, están los clínicos en terreno firme al incluir dentro del tipo morbozo gripe, muchos afectos que antes eran calificados como simples fiebres catarrales, cual lo demuestra un examen atento de los síntomas, de su evolución y sobre todo, las luminosas y concluyentes demostraciones cada día más numerosas del laboratorio al ponernos de manifiesto el bacilo de Pfeiffer.



II.

Los autores al definir este proceso, lo mismo que al fijarse en su etimología no están acordes, por más que la diferencia sea de poca monta.

Dienlajoy (1) define la gripe en los siguientes terminos: "La gripe ó influenza llamada en España trancazo, es una "afección esencialmente epidémica, contagiosa, infecciosa, microbiana, que interesa sobre todo el aparato respiratorio, y que "además presenta una multitud de localizaciones y de síntomas, de caracter é intensidad variable según las epidemias."

Sacroud (2) la define: "Es una

(1) Dienlajoy.-Manual de Pathologie interne 11^{ème} edit.-L. 1898

(2) Sacroud.-Tratado de pathologie interne.-V.E. 4^ª Edition 1895, L. 3^ª

"enfermedad general, cuyas determinaciones
"locales ocupan el aparato respiratorio al
"que pueden quedar limitadas, mientras
"que en otros casos, afectan al propio
"tiempo con una intensidad variable
"el sistema cerebro-espinal y el aparato
"digestivo."

Ya hemos indicado la definición
de Netter que consideramos demasiado
abstracta.

La de H. Gintrac, es como sigue: "La
"gripe es una afección catarral, epidémi-
"ca, caracterizada por una congestión o
"una flegmaria de las mucosas nasal,
"faringea y laringo-bronquica, con movi-
"miento febril más o menos promi-
"ciado, cefalalgia gravativa, dolor conti-
"nuo en los miembros y debilidad general (1)"

(1) Jaccoud. - Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques. -
T. 66 - 1872.

Aceptamos como más completa la de Dictionnaire, pues expresa clara, exacta y precisamente el concepto de la enfermedad, que es lo que debe caracterizar toda definición

Sauvages, en 1743, fué el que introdujo la palabra gripe en el vocabulario médico. Para Landoury deriva del verbo francés agripper = cojer con prontitud, atrapar; Frank y Bisolle, aseguran que deriva de la voz polaca *chrykka*, que significa ronquera, romaduro; Grant (1782) refiere que deriva de un insecto que se llamaba la grippe, que entonces era considerado como la causa de la enfermedad; otros creen que es de origen alemán, greifen = agarrar, asir. La voz influenza con que también se designa, es de origen italiano y fué empleada por Huxham en Inglaterra y Pringle en el mismo año 1743. El

D. Iglarias, Secretario perpetuo de la Real Academia de Medicina de Madrid, en 1890, se aviene mal con las voces gripe ó influenza y la distingue con el nombre de epidemia catarral. (1) La palabra trancoso que todavia se usa en España entre el vulgo va cayendo en desuso. La voz gripe es la que goza de más favor entre los médicos españoles.



(1) Revista de Medicina y Cirugía prácticas. Actas de la Real Academia de Medicina de Madrid. 1890. - T.º 26.

III.

Las formas clínicas de la gripe son diversas, pues la variabilidad de su evolución hace muy difícil describirla de un modo conciso y completo. Variable según las epidemias, según los países y según las localidades en una misma epidemia, es embarazoso ajustarse a un cuadro en que estén englobadas estas diferentes modalidades, dependientes de la distinta virulencia del bacilo de Pfeiffer, del terreno sobre el cual se desarrolla ó de las condiciones de receptividad en que se halla el individuo atacado.

A pesar de estas dificultades en que se encuentran los autores, desde el punto de vista descriptivo ó didáctico se

establecen divisiones que responden á los diferentes modos de ser que en la clínica nos presenta la gripe. Así Dieulafoy describe dos formas, una leve de mediana intensidad y otra grave con predominio nervioso, torácico ó abdominal, admitiendo entre ambas muchos grados intermedios; Taccouel, admite tres formas; grave, común y ligera; Dujardin Beaumetz (1) distingue también tres formas: dolorosa ó nerviosa, gastro-intestinal y catarral; sin distinguir formas precisas Bichhorst admite el predominio unas veces de los síntomas nerviosos, de los torácicos ó de los abdominales (2); Liemssen, distingue una forma catarral, la más frecuente, la forma nerviosa, la reumática y la gastro-

(1). Bulletin général de Thérapeutique.-389.

(2) Hermann Bichhorst.-Tratado de Patología interna y Terapéutica. V.E. 2.^o Edic.-C.^o 4.^o.

intestinal (1); Leichtenstern, distingue la forma tóxica pura y la tóxico-catarral, considerando en la primera la fiebre gástrica sencilla y la forma nerviosa, y en la segunda la forma catarral respiratoria y la forma catarral gastro-intestinal; H. Pintrac, la divide en ligera e intensa, comportando esta última coincidencias y complicaciones que modifican sus formas sintomatológicas; Brochin (2), Netter, Vidal, con otros muchos autores están conformes en admitir tres formas: nerviosa, torácica y gastro-intestinal.

Como se deduce de la definición de este proceso morboso que hemos aceptado como la mejor, los síntomas en la

(1) Pensolat y Stinking.-Tratado de Terapéutica especial de las enfermedades intestinales. V.E.-G. 3.º - 3896.

(2) Dechambre.-Dictionnaire encyclopedique des Sciences Médicales.-4.º Grigge-L.º serie G.º 3.º - 3884.

gripe siempre se generalizan, y al admitir los autores estas formas, cada una de ellas no excluye en absoluto la participación de los otros aparatos, hay tan solo predominio manifestado de un grupo u otro sintomático que es lo que caracteriza la forma que por otra parte es susceptible de pasar de una a otra "con una invasión brusca y "fenómenos meningeos esbozarse una meningitis: el cuadro morbosos es al parecer completo, y cuando apenas se acaba de formular ese diagnóstico el niño se despeja y su cabeza se presenta libre de daño; pasan unas horas; el ahogo, la tos y otros síntomas preludian una pneumonia, y poco después, la tal pneumonia se disipa, sin haberse formalizado el más pequeño foco, acan un día o dos más tarde, la invasión mor-

"boca toma por teatro el abdomen y los sín-
"tomas reproducen en parte un sindro-
"me tifódico; se piensa quizás en una
"fiebre tifoidea, y tras breve lapso se lim-
"pia la lengua, desaparece el fúligo y
"se acaba el meteorismo"..... Estas li-
neas que acabamos de transcribir y
que demuestran bien claramente "
era veratilidad sindrónica bien cali-
ficada con el título de histerismo de
las infecciones" propia de la gripe, debi-
das á la pluma del Dr. Martinez Var-
gas (1) pueden aplicarse al adulto.

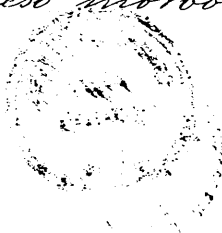
Además, no hay que olvidar
que en clínica nada es absoluto, y que
aún admitiendo la gripe como enfer-
medad general nos encontramos en
la práctica con casos en que las mani-

(1) J. Comby - Tratado de las enfermedades de la infancia - V. E. de la 3.^a edic. fran-
cesa. - Nota del traductor A. Martinez Vargas.

festaciones son puramente locales, limitados a un punto u otro con exclusión de toda generalización, subjetiva u objetiva.

Cuando la generalización de los síntomas es tal, que puede decirse que toda la economía está invadida por igual sin observar predominio manifestado, ni por parte del sistema nervioso ni del aparato respiratorio ni del digestivo, resulta un conjunto sindrómico que es el que Sienslafoy llama forma leve, Jaccoud forma común, Liemssen, forma catarral, que es la más frecuente y también la más benigna, aunque en algunos casos es de tal intensidad la infección que acarrea formas graves generalmente de duración muy breve. Nosotros aceptamos la división de Sienslafoy.

Dado el carácter proteiforme de la gripe, haremos nuestro estudio agrupando por aparatos los síntomas y complicaciones acompañados de su respectiva marcha precedido de la descripción de los periodos de incubación y prodrómico y seguido de los de la convalecencia, diagnóstico y pronóstico. Pero antes de entrar en este estudio, dedicaremos breve espacio a la etiología y contagio de la gripe, contentándonos con lo expuesto anteriormente respecto a la endemo-epidemicidad de este proceso morboso.



IV.

Otro de los puntos importantes que hay que estudiar en la gripe es el contagio y la etiología. El modo como se propaga la gripe es por contagio. Hoy está fuera de toda duda que aún en las grandes pandemias la difusión de la enfermedad y su rapidez, son dependientes de las comunicaciones inter-humanas, propagándose de una á otra población á lo más con la misma rapidez de los grandes ferro-cariles expresos. El contagio lo más frecuentemente es directo, puede ser también por los objetos y las viviendas en que ha habido atacados: esto quedó bien demostrado en la pandemia de 1889-90, estudiada

do el modo como se propagó la enfermedad, ya en la familia, ya en los grandes establecimientos industriales, en las cárceles, comunidades religiosas, colegios de internos, hospitales, manicomios, faros, buques, estaciones de ferrocarril, administraciones y ambulancias de correos, &c. &c. - El sitio donde se implanta primitivamente el germen patógeno es la mucosa del árbol respiratorio, probablemente en su parte más alta. Leichtenstern, cree que es así aun en las formas abdominal y nerviosa; así mismo opina con la mayor parte de bacteriólogos y clínicos que desde el punto de vista del contagio es con los productores expectorados que se expelen el agente infeccioso productor de la gripe.

Como hemos dicho antes, las mo-



dificaciones físicas ó químicas de la atmósfera á las que antiguamente y aun en el año 1890 se atribuía la producción de la gripe no tienen más acción que la de los demás agentes cósmicos; no tienen acción especial al igual que en todas las demás afecciones epidémicas conocidas.

El bacillus influenza descubierto por R Pfeiffer y dado á conocer en 1892 que hoy lleva su nombre, está admitido por todos los bacteriólogos como el agente productor de la gripe. Se le encuentra en abundancia en los exputos, que deben ser procedentes directamente de los pulmones y de reciente expectoración; se encuentran también en las lesiones pulmonares, en los exudados pleuríticos, en el líquido cefalorraquídeo, ya libres, ya incluidos en

los elementos celulares, no se le encuentra en la sangre. Son pequeños bastoncitos, dos o tres veces más largos que anchos, inmóviles, ya solos, ya reunidos dos a dos o más; parece que no esporulan. Con mucha frecuencia va asociado al pneumococo o al estreptococo piógeno. Las preparaciones (1) deben colocarse al azul de Löffler o a la solución de Liehl diluidas en agua y por espacio de diez minutos, pues toma mal los colores básicos de anilina; se decolora por el método de Gram. El mejor medio de cultivo es el agar-agar, cuya superficie libre se adiciona de algunas gotas de sangre recogida asepticamente en la estufa, y a 37° se obtienen colonias en la superficie, pues es aerobio, colonias que al

(1) Maci. - Traité pratique de bactériologie. - 4^e éd. - 1901.

principio hay que buscar con la lente, y que presenten el aspecto de pequeñas gotitas transparentes, incoloras, homogéneas y no confluentes que pueden alcanzar hasta un m.m. de diámetro que al envejecer se toman amarillentas o parduscas: su vitalidad dura de 15 días a un mes escaso. Según Pfeiffer, su bacilo se presenta solamente en la gripe endémica o epidémica, pero jamás se encuentra en la secreción de la coriza vulgar.

Referente a la edad, tan sólo resultan indemnes relativamente los menores de un año, después aumenta la receptividad lentamente hasta los 15 años; de 20 a 40 años es la edad en que la proporción de los atacados es mayor, disminuyendo de 40 años en adelante, adquiriendo en los indi-

viduos de edad avanzada mucha mayor gravedad. La razón de la mayor frecuencia entre 20 y 40 años, no es otra que el ser la de mayor comunicación interhumana. Si en el sexo domina el masculino es por esta misma razón; no hay profesión ni condición social que ponga al abrigo de la infección, siendo propia de todos los países y de todas las razas.

Como se comprende, las causas que constituyan al individuo en estado de receptividad morbosa, obrarán como causas predisponentes para adquirir la enfermedad.

Por lo que hace referencia a la inmunidad, es un punto que no está dilucidado; se desconoce si realmente hay individuos que sean naturalmente refractarios al bacilo de

Steiffer; la inmunidad adquirida por el hábito ó la costumbre, como existe en otras enfermedades, que como dice Bourgy (1) quizá sea debida á una infección gradual en dosis, insuficiente para producir la enfermedad, pero bastante para conferir un estado refractario, no parece verse en la gripe; en sus diferentes epidemias, los médicos, enfermeros, &c, caen en la misma proporción que los demás; la inmunidad adquirida por una infección anterior, parece existir realmente, mas lo que se ignora, es la duración de ésta inmunidad, que no es desde luego, como la de la viruela, enarlatina, sarampión, coqueluche, fiebre tifoidea, &c,

(1) Bourgy.-Enciclopedia de Patología general. V.E.T.º 5º.-1896.

afecciones que puede decirse que no recidivan; quizás a esta relativa inmunidad que confiere la gripe se deba que las explosiones pandémicas se presenten espaciadas por una serie de años variable, y que en su intermedio, los brotes epidémicos gripales no adquieran la morbilidad de aquéllas. - Se ignora si existe antagonismo entre la gripe y otra enfermedad. - No debe confundirse la recaída con la recidiva: las recaídas son frecuentes en la gripe.



V.

El período de incubación, es decir, el espacio de tiempo que media desde la entrada del germen patógeno en el individuo hasta la aparición de los primeros síntomas es muy corto: dura de algunas horas á uno ó dos días á lo más. Este punto quedó definitivamente sentado en la última gran pandemia. Excusamos decir que este período es absolutamente silencioso.

El período de incubación y el de invasión, pueden estar separados por el período prodrómico, que apenas se diferencia del que

acompaña, en general, á las infecciones. Un malestar general indefinible con sensación de quebrantamiento general, cefalalgia, dolores vagos y escalofríos erráticos sobre todo por las tardes; trastornos digestivos caracterizados por inapetencia, anorexia, náuseas &c; trastornos respiratorios como coriza, tos; á veces estos síntomas van acompañados de epistaxis, hemoptisis. Lo que da un sello particular al periodo prodromico de la gripe, es el carácter estéril de sus síntomas: una sensación de debilidad profunda, con pereza ó flojedad y dificultad de los movimientos, llegando hasta el dolor, acompañada de una perturbación física, moral é intelectual del enfermo, con ineptitud para el trabajo, insomnio, cambio é imitabilidad

de carácter, apatía profunda, con inquietud, ansiedad y un presentimiento o temor de haber adquirido una grave enfermedad. Este periodo dura uno, dos o tres días: no son raros los casos en que falta, y entonces, el individuo pasa rápidamente del estado de salud al de enfermedad.

Del periodo prodromico al de invasión, la transición se hace por la exageración de aquellos síntomas, es decir, por aquella profunda perturbación nerviosa, sin paciencia ni deseo de remitirla, escalofríos y fiebre, toda la economía está invadida como acontece en las grandes *psorias*, el enfermo se ve obligado a meterse en la cama; la enfermedad está constituida.

Cuando el principio de la en-

fermedad es brusco, cuando falta el periodo prodromico, la invasion es brutal. - La Costa, cita el caso en la epidemia de 1890 de un médico que hallándose visitando en una casa se vió de repente atacado de tan fuerte dolor dorsal que tuvo que echarse en una cama y con grande esfuerzo tuvo que ser trasladado á su casa (1); un negociante del Havre, al bajar las escaleras de la bodega, fué atacado de violentos escalofrios y dolor en las rodillas; Granet, nos refiere que una señora hallándose de visita, se vió obligada á acostarse en la misma casa por la intensidad con que aparecieron los primeros síntomas; Leichtenstern, cita el de un individuo diagnosticado de "apoplejia" cuyos síntomas al desaparecer permiti-

(1) Anuario de Medicina y Cirugia. - T. 33. - 1890 - Sobre la presente epidemia de influenza por J. W. La Costa.

tieron apreciar los de una infección gripal que evolucionó en su forma común. De modo, que en medio de las ocupaciones habituales, en plena salud, el individuo cae víctima del proceso gripal.

El principio brusco ó con pró-dromos de esta enfermedad no nos permite prejuzgar sobre la forma que tomará: todas las formas pueden empezar de uno u otro modo, resultando prácticamente que cada individuo constituye una forma propia, y cada epidemia reviste un tipo distinto, citando de preferencia tal ó cual aparato. Además el estado de salud ó de enfermedad anterior al proceso patológico en cuestión del individuo atacado, tiene su influencia en la evolución de esta enfermedad.

VI.

Como en toda infección gripal, las primeras manifestaciones radican en el sistema nervioso, por el emperaremos nuestras observaciones, pues si interrogamos al enfermo sobre su dolencia, se condolerá de dicho sistema. Ya hemos dicho que los síntomas nerviosos del periodo prodromico, al constituirse la enfermedad se exageran; una profunda perturbación nerviosa acompaña a la invasión.

Lo que primeramente aqueja al paciente es la cefalalgia que generalmente es frontal, hasta la raíz de la nariz, las órbitas y detrás de los

globos oculares, pero puede ser occipital o epicraneal, ya gravativa con sensación de latido o de constricción o lancinante, ya como martillaros, parece que la cabera va a estallar. Este sintoma es variable en su intensidad de ordinario y en la forma leve o generalizada es de intensidad media y de duración de 24 á 36 horas remitiendo luego. En la gripe de forma grave con predominio nervioso o doloroso, arranca al paciente agudos gritos, exacerbándose al menor movimiento, al más ligero contacto, á la menor trepidación, al menor ruido, hasta las palabras producen en él estas diversas sensaciones, acompañadas de fotofobia y de hiperestesia de la piel en el sitio donde radica la cefalalgia. Efecto de ésta, el

enfermo busca un estado de somnolencia del que cuesta sacarle, contiene la tos y todo movimiento. En esta forma es de duración más larga, generalmente de tres á cuatro días con remisión matutinal y exacerbación vespertina.

A la cefalalgia pueden acompañar ó no otras neuralgias ó pueden existir éstas independientemente de aquella; y si bien pueden revestir distintos tipos, es comunmente el trigémino el afectado á alguna de sus ramas. Se han observado las neuralgias intercostal, ciática, &c, y estas neuralgias resumenn á veces toda la enfermedad, tomando en ocasiones la forma intermitente (1); pueden presentarse al principio ó al fin del proceso,

(1). Véase Notas clínicas: Observación 3ª

lo más frecuente es que las veamos al principio, y en este caso duran pocos días; cuando se presentan al final, son de mayor duración, pero en uno y otro caso, en general curan por completo.

Juntamente con la cefalalgia, aparece la raquialgia que es bastante constante y á veces la precede: el dolor aparece en la mitad de la espalda, y es tan molesto como el dolor frontal, en muchas ocasiones es agudo y contusivo, casi nunca se libra de él el enfermo, y en algunos casos, ha hecho pensar en la invasión de la viruela. Esta raquialgia debida, sin duda, á una localización de la infección gripal en la médula ó sus cubiertas irradia sus manifestaciones dolorosas primeramente hacia las extremidades inferiores, los

músculos, las costillas, dolor que profundiza hasta los huesos y que aumentará la presión y que no debe confundirse con la hipertensión cutánea que muchas veces le acompaña; se irradia también á los brazos, al cuello, á las paredes torácicas, el enfermo no puede precisar el sitio de los mismos, los huesos, las articulaciones, los músculos, la piel, todo, está invadido por el dolor; el atacado no puede moverse, le es de todo punto imposible hacerlo y al intentarlo, sólo lo consigue con ayuda y con gran sufrimiento los casos citados de De Costa, Prasset, &c, son ejemplo de ello. Los enfermos dicen que están como apaleados, á la vez que acunan la sensación como si les arrojarian cubos de agua

fria á la espalda: esta es la frase que emplean (1).

Esta sensación de dolor general, varia en intensidad y en duración: propio del periodo de invasión, en la forma leve ó común es ligero y dura de 12 á 24 horas; pero en la forma grave de predominio nervioso puede prolongarse algunos dias, pudiendo simular el reumatismo.

A estos primeros síntomas bastante fijos, acompaña en los individuos de edad avanzada y débiles y valetudinarios un estado adinámico profundo sin guardar relación en muchos casos con la poca intensidad de los mismos; en cambio en los

(1)- Anuario de Medicina y Cirugía.-T.º 11.º.-1890.-Informe de una epidemia de influenza desarrollada en el "Royal Asylum" de Edimburgo. Robertson y Elkins.

individuos de temperamento nervioso, el insomnio, la agitación, las alucinaciones y el subdelirio, es decir un estado atáxico, acompañará á aquéllos, no encontrando posición cómoda en la cama, agitándose continuamente, llegando hasta dar saltos en medio de su delirio, y si el enfermo es alcohólico puede llegar al delirium tremens. A estos síntomas debe añadirse el aspecto particular que toma la facies del paciente, difícil de describir, y al que ^{se} denomina agripado, dependiente de la generalización del procezo; y que como dice Malcorps, es á la gripe lo que la facies tífica es á la fiebre tifoidea y la facies hipocrática es al cólera. Los síntomas adinámicos, atáxicos,

ó ataxo-adinámicos que hemos indicado acompañan á todo el proceso gripal y aún mucho más allá como ya veremos.

La literatura médica registra casos de gripe con fenómenos bulbares, bajo la forma de vértigos, de colapso cardíaco, de amnesia, de angina de pecho, que si son gravísimos, afortunadamente son, en general, pasajeros cuando se presentan al invadir la gripe, pero que son mortales en algunos casos cuando sobrevienen al encontrarse la gripe en su evolución.

Si las meninges están interesadas, la gripe va acompañada del cortejo de síntomas propios de las meningitis; pero unas veces

estos síntomas obedecen sólo á una irritación de corta duración, verdaderas pseudo-meningitis ó meningismo, y resultando otras, procesos inflamatorios, la mayor parte de ellos mortales. Estos casos, raros en el adulto, no lo son tanto en el niño, en el que se inicia en ocasiones la gripe con accesos de convulsiones tónicas ó clónicas ó con Trastornos oculares (estrabismo, desigualdad pupilar, ptosis), modificaciones en el ritmo del pulso, (taquicardia, bradicardia, intermitencias) y de la respiración, &c. &c., según que la irritación meningea tenga lugar en la parte convexa ó en la base.

¶ Todos estos síntomas nerviosos vienen á justificar que el bacilo de

Pfeiffer o su toxina ataca desde luego el eje encéfalo-medular y sus cubiertas, unas veces con localizaciones preferentes y otras generalizándose y este segundo caso principalmente en los niños. El modo de propagación del bacilo es probablemente (Leichtenstem) por la vía linfática directamente desde la parte alta de las fosas nasales a la cavidad craneal, que es el mismo que se admite para explicar la producción de la meningitis cerebro-espinal epidémica. Cuando se generaliza la infección gripal a toda las cubiertas encéfalo-medulares, evidentemente el cuadro sintomático coincide en un todo con el de la meningitis cerebro-espinal epidémica, conse-

cutivo ya á fenómenos puramente congestivos, ya inflamatorios. En la epidemia de 1837 ya se observaron muchos casos, también en la de 1843 citados por Corne; en la de 1889-90 se multiplicaron las observaciones de las cuales no faltaron en España; los casos observados por Da Costa le sugirieron la idea de que la fiebre cerebro-espinal y la gripe son una misma enfermedad. En 1892 se presentó en la Casa Provincial de ^{Caridad de} Barcelona del 8 de Mayo á 7 de Junio una epidemia de unas 60 invasiones con un 25 % de defunciones, de un proceso patológico, cuya naturalera no llegó á descifrarse por presentar un cuadro confuso, pero cuya sintomatología radicaba

en el eje cerebro-espinal; fué objeto de discusión en la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña (1) en la que terciaron clínicos expertos y respetables como nuestro querido y malogrado maestro Dr. B. Robert, acompañado de los Drs. Cornellada, Guerra, Freixas, Martínez Vargas y otros, y en la que este último defendió la idea de la naturalidad grial del afecto. Memner en 1900, Dubois en 1902, P. Caccia, S. Mija en 1903 citan casos (2) en todos los cuales, por la punción lumbar pudo demostrarse el bacilo de Pfeiffer. Costinenco (Bucarest) (3) en el último Con-

(1)- Actas de las sesiones científicas celebradas por la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña.- Año económico de 1891-92.

(2)- Grancher et Comby.- Traité des maladies de l'enfance.- 2^e éd.^{ion}- 6^e 4^{me} 1905.-

(3)- XIV. Congrès International de Médecine.- Section de Pédiatrie par M^r. M. Colosa Latour. 1904.

greso Internacional de Medicina (Madrid 1903) presentó una comunicación de tres casos de meningitis cerebro-espinal con bacilo de Pfeiffer puro en una epidemia de gripe. Nosotros tuvimos ocasión de observar en Haro (Logroño) en Marzo-Abril de 1900 durante una epidemia de gripe unos 30 casos de meningitis cerebro-espinal que entonces dudamos si pudieron ser gripales, hoy no dudamos en afirmarlo.

Estas determinaciones gripales meningéas, no deben confundirse con las que son consecutivas á focos por ejemplo, otomédicos, pneumomédicos, &c.; á las que nos referimos ahora son primitivas y se presentan siempre al invadir la gripe pudiendo tomar

ya la forma fulminante, ya la forma aguda, ya la abortiva.

La forma fulminante de la que vimos dos casos (1) presentarse sin prodromos, o' si estos existen, no difieren de los que son comunes á toda infección gripal. Escalofríos violentos, convulsiones generalizadas, abren la escena, seguidas de pérdida del conocimiento, opistótonos, trismus, miosis o' desigualdad pupilar, pulso pequeño débil y frequentísimo, respiración frecuente y á veces irregular, algider de las extremidades, temperatura 40° , con coma profundo y muerte á las cinco ó seis horas.

La forma aguda, difiere poco de la meningitis aguda simple; va de

(1) Véanse Notas clínicas = Observaciones n.ºs 2.º y 3.º

ordinario precedida del periodo prodromico, en el cual se acentúan los síntomas nerviosos, cefalalgia, vómitos, delirio, seguido de un conjunto sintomático, expresión de la existencia de un proceso meningítico que ya termina por la muerte entre los ocho y quince días, pudiendo prolongarse hasta dos y tres meses, como vimos tres casos, o tiende a la curación ~~en~~ los ocho ó quince días, pudiendo ser esta total, ó cuando se prolonga varias semanas deja trastornos que pueden afectar la inteligencia, la sensibilidad ó la motilidad. (1)

La forma abortiva, se limita a cefalalgia, raquialgia, contracturas, vómitos, malestar general, con fiebre moderada, que dura uno ó varios días y luego entra todo rápidamente en orden.

(1). Véanse *Notas clínicas*. - Observaciones 4^{ta}, 5^{ta} y 6^{ta}.

Este proceso es propio de la infancia y de la adolescencia, pudiendo también presentarse en el adulto.

Nos permitiremos hacer breves consideraciones sobre la epidemia observada por nosotros, de la cual hemos hecho referencia anteriormente.

Empezamos conforando que los dos primeros casos que vimos, que fueron los primeros en la localidad, no nos llamaron la atención, ni los calificamos de meningitis, pues su forma fulminante no nos permitió apreciar más que una sucesión de accesos convulsivos subintrantes, verdaderos ataques eclámpicos de cinco horas de duración el primero y de tres el segundo, seguidos de rápido colapso y muerte. Pero posteriormente a estos se presentaron sucesivamente nuevos casos, en los cuales

la evolución fué como la de la meningitis cerebro-espinal, deseminados en la población en un punto y en otro, atacando á niños de diferente edad y sexo desde 2 á 15 años sin repetir ninguno en la misma casa hasta alcanzar la cifra de unos 30 casos en el espacio de un mes.

Como es natural, no podíamos atribuir á un hecho puramente casual que en una localidad de 8000 almas coexistieran de 10 á 15 casos de meningitis de forma cerebro-espinal, pero el contagio entre ellos, directo no podía verse por ser niños de diferente edad, sexo, y condición social, mas en la localidad reinaba la gripe epidémicamente y con mayor predominio nervioso que otros años; era pues lógico suponer que todos estos

casos obedecían á una misma causa epidémica y que ésta podía ser la gripe. Entonces, fué cuando caímos en la cuenta de que los dos primeros casos fulminantes, cuyo rápido fallecimiento no nos habíamos explicado con claridad, cabían perfectamente dentro de la misma etiología. Esta nuestra opinión, fué reforzada por la de los demás distinguidos profesores de la localidad y por la del experto clínico Dr. Dr. Pablo de Abajo que ejercía en Briones, población inmediata en la que también reinaba la gripe, y en la cual también se observaron bastantes casos de meningitis cerebro-espinal, algunos de forma fulminante. La enfermedad duraba de 10 á 15 días; en tres casos se prolongó hasta 2 y 3 meses, simulando en

éstos la forma de meningitis tuberculosa; la mortalidad fué del 80%; los pocos casos que curaron tuvieron convalecencia penosa con trastornos diversos que llegaron a desaparecer después de varios meses.

Desgraciadamente, los medios con que contábamos, no nos permitieron hacer las investigaciones científicas que habrían podido ilustrarnos y avalorar el punto etiológico, á mas, que en las localidades pequeñas es sabido de todo el mundo que, el médico está imposibilitado para llevar á cabo más necropsias que las que dependen de los Tribunales de Justicia.

De todo cuanto acabamos de exponer, referente á la meningitis cerebro-espinal gripal, nos atrevemos á

deducir una pregunta: La meningitis cerebro-espinal epidémica es siempre de origen gripal? No creemos que esta pregunta sea impertinente ya que no está demostrado de un modo incontrovertible, pues que existen todavía dudas, si el meningococo de Thichselbaum es el único y exclusivo responsable de la enfermedad. En cambio hemos citado muchos casos, y registrando la literatura médica nos sería fácil encontrar muchos más, en que se ha encontrado el bacilo de Pfeiffer; resultando por tanto, que si este no es siempre su causante, puede producirla ya en forma esporádica ya epidémica.

Cuando la meningitis es consecutiva a procesos otorricos, pneumorricos, &c., gripales, no presenta

ningún carácter clínico que la distinga de la meningitis aguda simple.

Leichtenstern, admite además, de la meningitis la encefalitis gripal, que según él puede presentarse al principio, en el acmé o' al finalizar. Ya se observaron casos en las epidemias de 1742-82-1800-33-37, pero donde se estudiaron mejor fué en la de 1889-90 tantas veces citada. Es indudable que existe esta encefalitis gripal; en España también se observaron en esta epidemia en Madrid, Barcelona y otras poblaciones, siendo causa de muertes repentinias. Su síndrome es parecido al de la apoplejia producida por hemorragia o por embolia cerebral: puede ir precedida de pródromos o se inicia por fuertes escalofríos, fiebre.

intensa (40°) y síntomas cerebrales graves, como delirio, estupor, coma, convulsiones epileptiformes. - Cuando se presenta en la convalecencia se marca por la reaparición de los eraleos y fiebre alta, seguidos de los demás síntomas que acabamos de indicar. También puede desarrollarse la encefalitis gripal lenta é insidiosamente con síntomas cerebrales poco marcados dependientes y variables según la intensidad, magnitud y número de los focos, presentándose ya hemiplejias, ya monoplejias, ya tan sólo parálisis de algunos nervios como el facial y localizándose el proceso de preferencia en la zona motriz cortical.

Leichtenstern, admite también la encefalitis purulenta primaria gri-

gal, aunque conviene que la mayor parte de las veces es consecutiva a una otitis, supuración de los senos nasales ó frontales, del empiema, del absceso pulmonar, acompañada siempre de síntomas de meningitis purulenta.

La gripe puede ocasionar ataques de delirium tremens primitivos, en los individuos alcohólicos, que cuando no van precedidos del período prodrómico ó acompañados de una infección gripal por ligera que esta sea es dificilísimo investigar su causa. En la pneumonia gripal, se presenta con frecuencia el delirium potatorium, como se presenta en la pulmonia fibrinosa, sin ningún carácter particular en aquella que le distinga de ésta.

El *delirium tremens* primitivo gripal se caracteriza por la pequeña o nula reacción general: su sintomatología es siempre igual y cura casi siempre á los pocos días.

Se han observado estados psicopáticos en la gripe, generalmente en su convalecencia y no difieren de los que se observan en las convalecencias de otras enfermedades. -Ladamie de Génova (1) y Bidon las clasifican en tres grupos: 1.º Depresión psíquica: el enfermo acusa indiferencia á cuanto le rodea, hipochondriaco, desconfiado y melancólico. -2.º Erutación maníaca con perversiones sensoriales presentando cuadros variables: 3.º Psicosis ideopáticas: cuando

(1). Annuario De Medicina y Cirugía - 2.º 12.º 3893. - Sobre las psicosis des-
pués de la influenza. Parlane.

aparecen siempre se encontrará en el individuo afecto otras causas predisponentes de mayor importancia y transcendencia que el ataque gripal, del que se pueden considerar independientes. Estos estados psicopáticos en sus dos primeras categorías de depresión psíquica y exaltación maniaca son dependientes de la astenia nerviosa que caracteriza todo ataque gripal: el insomnio de que muchos enfermos se ven atormentados, como dice Lacombe, favorece su explosión; de todos modos, ambas formas son curables a pesar de que algunas veces son un tanto rebeldes; el 3.^{er} grupo, entra en la categoría de las verdaderas psicosis y su curación queda por tanto subordinada a estas e independiente, repetimos, del ataque gripal.

Se hace tambien responsable á la gripe, y lo es en efecto, constituyendo otra de sus manifestaciones nerviosas, de las neuritis perifericas que no son tampoco exclusivas de ella, sino que son análogas á las que se presentan en otras infecciones, como fiebre tifoidea, infección puerperal, tuberculosis, difteria, vinela, &c, &c, debidas en todas ellas á la tox-infección. Los trastornos por que se manifiestan son muy variables, dependientes del nervio ó grupos de nervios atacados: la polineuritis, tiene en este grupo tambien perfecta cabida. La neuritis gripal puede resumir toda la enfermedad ó puede presentarse como testimonio de ella; es en general leve, pero muchos casos terminan por la curación. Hoy se re-

gistran innumerables casos de esta complicación gripal. Sejerine (1) cita tres casos de neuritis subital con atrofia muscular muy graduada que terminaron por la curación después de un espacio de tiempo comprendido entre 6 y 11 meses.

La gripe, en general, produce su acción sobre los crónicos enfermos del sistema nervioso, en algunos despertando antiguas neuronis como el ténismo, neurastenia; en otros agravando sus diversos procesos, melíticos en general.

De todas las formas que puede tomar la gripe, la nerviosa es la más gráfica y típica.

(1) Bonchard - Enciclopedia de Patología general. V. E. T. V. - 1903.

VII.

Las manifestaciones sintomáticas del aparato respiratorio son dignas de fijar nuestra atención. Los síntomas que radican en aquél se inician ya en el período prodromico y hemos indicado en qué forma se presentaban. Al establecerse el proceso gripal se acentúan más, y las complicaciones que se presentan en este aparato son, sin duda, las que ocasionan mayor número de víctimas.

Ordinariamente la coriza abre la escena: rápidamente se propaga á las conjuntivas, á la faringe, al oído medio, á la laringe, tráquea y

bronquios gruesos.

La membrana de Schneider se hiperemia vivamente, llegando á los senos frontales y á las células etmoidales, no siendo extraña á esta hiperemia la cefalalgia gravativa; desde la raíz de la nariz llega al seno de Higmore, ocasionando fuerte dolor en la región maxilar; el enfermo experimenta dificultad para respirar y hablar tomando la voz timbre nasal y respirando con la boca entreabierta; efecto de esta hiperemia hay anormia; las ventanas de la nariz están rojas é hinchadas, lo mismo que el labio superior que es asiento de un eritema producido por la acción irritante de la destilación acuosa que fluye, con más ó menos abundancia, por dichas

ventanas; hay estornudos frecuentes, las conjuntivas tambien están hiperemiadas, existe verdadera conjuntivitis con lagrimeo y fotofobia. El aspecto particular que toma el enfermo, efecto de este catarro oculo-nasal que se reconoce á la simple inspección del mismo, contribuye á la denominación de agripado. La mucosa faríngea tambien está hiperemiada y el fondo de la boca arborizado con sensación de ardor; de la faringe se propaga por la trompa de Eustaquio al oido medio, ocasionando zumbido de oidos y disminución de la agudesa acústica, y á veces dolores intensos, causando en algunos casos trastornos graves, en el sentido de que atentan á la integridad del funcionalismo ut-

terior del aparato auditivo. La hiperemia se propaga á la laringe, y entonces se produce sensación de calor y picor vivo; á la vez que tos seca, pertinaz, penosa y por accesos que además de impedir todo descanso al enfermo, éste procura contenerla, pues cada golpe de tos exacerba intensamente los dolores nerviosos que acusa por todas partes; la voz es velada ó ronca y desafinada; de la laringe pasa á la tráquea ocasionando sensación de dolor retro-intenal, al nivel del mango del esternón, cada vez que el agripado tiene que toser, y dice, que parece que le desgarran el pecho por dentro; de ahí se propaga á los bronquios gruesos y medianos, y entonces se dice que la gripe ha descendido al pecho apreciándose como

riedad normal á la percusión, y á la auscultación estertores roncus y sibilantes diseminados, perceptibles principalmente en la parte media de los pulmones, al nivel de los bronquios gruesos; y como la tos es seca, quintosa y pertinaz, ó no hay expectoración, ó ésta queda reducida á algunos, muy pocos, esputos transparentes.

Este cuadro se constituye en las primeras horas que siguen á la invasión, no siendo más que exacerbación de los síntomas prodrómicos y dura 24 ó 36 horas, cambiando algo transcurridas éstas, pues la destilación nasal acuosa é incolora se vuelve densa, espesa, amarillenta y moco-purulenta, disminuye la ^{la} fluxión conjuntival, ^{la} del oído medio y ^{la} faríngea, la voz no es tan nasal.

ni tan velada o ronca, pero la tos persiste pertinaz, molesta y quintosa, pero de seca ha pasado a ser húmeda, el enfermo nota que las molestias han disminuido y la expectoración acompaña a los golpes de tos, arrancando esputos con más o menos facilidad y abundancia, primero sero-mucosos, los cuales se tornan rápidamente espesos, viscosos, amarillentos, y moco-purulentos; a veces hay ~~una~~ una verdadera bronconeumía, que persiste más allá del período febril, con expectoración abundante opaca, mucular, parecida a la de los tuberculosos en último período (1); en los niños la inflamación de los ganglios bronquiales produ-

(1) H. Barth. - Therapeutique des maladies des organes respiratoires. - 1894. -

ce disminua y sobre todo acceros de tos espas-
módica. Los signos físicos son notables
por su gran inmovilidad; los focos
fluxionarios varian de un dia á otro,
y á los estertores roncus y sibilantes pue-
den añadirse otros crepitantes ó subcre-
pitantes finos que ^{pueden} ser punto de par-
tida de localizaciones inflamatorias
de mayor gravedad.

En la forma ordinaria de
gripe, aú continua el enfermo por
espacio de ocho á quince dias; los
síntomas van remitiendo lenta-
mente y aun sin que se presente
ninguna complicación, la bronqui-
tis es tenaz, lo que hace que la tos
persista con la misma intensidad y
rebeldia hasta más allá de la con-
valescencia. Ya en los siglos XIV y XV lla-
mó la atención de los historiadores.

los caracteres de esta tos en la gripe que describen en estos términos: "Pero la tos era, sobre todos los males, tan cruel día y noche, que algunos individuos, á fuerza de toser, quedaban quebrados para toda su vida y algunas mujeres embarazadas que no estaban de término malparían sin auxilio de nadie á fuerza de toser." Luego presentábase una tos muy mala á cada uno, de modo que cuando estaban en el sermón no se podía oír lo que decía el predicador por el grande estrépito que hacían los que tosían" (1). En la forma leve ó ligera de la gripe las manifestaciones sintomáticas del aparato respiratorio quedan redu-

(1).-Fiebre.-Diccionario de los Diccionarios de Medicina publicados en Europa V. E. T.º 5.º -3844.

cidas á lo que acabamos de indicar.

Pero muchas veces nos reserva la gripe sorpresas desagradables que, lo mismo que hemos visto en el eje cerebro-espinal, se localizan en el aparato respiratorio, dando gravedad suma al proceso y ocasionando no pocas víctimas.

Si bien las lesiones laringeas son de ordinario superficiales reducidas á rubicundez é hinchazón de las cuerdas vocales y de la mucosa inter-aritenoides, pueden ser en ciertos casos de tal intensidad, que ocasionen en los niños ataques de laringitis estridulosa, con los que puede empezar la gripe ó pueden atacar la integridad de la mucosa, ocasionando ulceraciones ya en ella,

ya en las cuerdas vocales, o' pequeños abscesos ó una parálisis funcional de ellas. Tambien se han observado casos de edema de la glotis con su aparato y grave cortejo de angustia, ansiedad y disnea extremadas. La regla es que todos estos trastornos laringeos terminen por la curación completa.

La gripe, si en lugar de limitarse en su evolución á los bronquios gruesos y medianos, llega á los bronquios finos se constituye la bronquitis capilar, y esta es una complicación que se observa con frecuencia, en los niños, en los viejos, en los sujetos debilitados y en aquellos cuya árbol respiratorio estaba ya con anterioridad lesionado, ya por un proceso pneumopático catarral.

crónico, enfisema, dilatación bronquial ya por radicar la ~~lesión~~ en el centro circulatorio. - Unas veces la bronquitis capilar gripal va graduándose poco a poco, pero otras veces se establece rápidamente en el curso de pocas horas, tomando la forma asfíctica y arrebatando el enfermo en corto plazo. Cuanto más rápidamente se establece el cuadro, mayor gravedad entraña, sobreviniendo la muerte según unos por asfixia mecánica, según otros por el cansancio del corazón. Graves había reputado al pneumogástrico que se paralizaba; probablemente será debida al acto mecánico de la dificultad de la hematoxis, asociado al mayor trabajo del corazón, que acaba por declararse vencido

en la lucha y cae rendido á este esfuerzo. - Puede observarse del principio al fin de la enfermedad, y como consecuencia de una recaída, es una de las más características complicaciones de esta enfermedad, traidora como la que más.

En el niño, el cuadro es bastante característico, pero en el viejo y en los sujetos debilitados ó afectados con anterioridad del aparato respiratorio, la bronquitis capilar grietal se establece insidiosa, y solapada; hay que sorprenderla en un apogeo; la reacción febril es nula ó muy poco graduada, se establece ligera disnea acompañada de movimientos de las ventanas de la nariz, expectoración opaca, densa, no airada, estertores subcrepitantes dis-

minados, el pulso se hace pequeño y frecuente, el enfermo se va debilitando, la expectoración se hace cada vez más difícil, el enfermo se colapsa y muere á las pocas horas.

La bronquitis capilar ó bronquiolitis gripal, en el niño es tan aparatosa cuanto difícil de reconocer. — La exacerbación bruna de la temperatura (40°) precedida de escalofríos, el aumento de la tos, la disnea ó la ortopnea que se presenta amenazadora, la inquietud del enfermito que se uenta en la cama, preta de gran angustia, el movimiento de las ventanas de la nariz, la lividez del semblante bañado en sudor, la verdadera tempestad de estertores que agobian á ambos pulmones, sin mascer ni soplo tubario ve-

lando el murmullo vesicular por completo, constituyen un cuadro tan interesante y desconsolador, que produce la desesperación del medico que se ve impotente para evitar que el estupor y el coma aparezcan, y la asfixia acarbee rápidamente con el enfermito.

La bronco-pneumonia es otra de las manifestaciones de la gripe en el aparato respiratorio y que tambien acarrea gran numero de victimas. Se produce por propagación del proceso hasta el lóbulo pulmonar y puede presentarse al principio, al terminar el proceso o durante él. Las lesiones pueden afectar la forma diseminada o la forma pseudo-lobular, puede presentarse en todas las edades; y así como la bronquitis capilar es mas propia del niño y del viejo,

la bronco-pneumonia gripal es forma frecuente en el adulto. Marcada influencia ejerce tambien el carácter propio de la epidemia.

Como la bronco-pneumonia gripal es siempre consecutiva a una bronquitis capilar, cuando ésta no se presenta con una intensidad tal que, como hemos dicho antes, arrebatada al enfermo en corto plazo, cuando da tiempo á la evolución del proceso entonces se constituye la bronco-pneumonia. De manera, pues, que son dos procesos intimamente unidos, imposible de separar uno de otro, por lo tanto el principio es análogo. A la temperatura alta, á la tos frecuente y dolorosa, á la aceleración notable de los movimientos respiratorios acompañados de excitación nerviosa y hasta

delirio, se añaden otros síntomas que dan carácter especial á la bronco-pneumonia. A la percusión se encuentra una ó varias zonas en que la elasticidad está disminuida y hasta submaciza; ya hemos dicho antes que la bronco-pneumonia gripal puede ser lobular ó pseudolobular; si es la forma lobular pueden encontrarse pequeños focos de submacizas correspondientes á los diversos focos bronco-pneumónicos ó uno sólo más ó menos extenso cuando toma la forma pseudo-lobular. A la auscultación se nota además de los ruidos sibilantes, mucosos, y subcrepitantes más ó menos numerosos y diseminados, según la difusión del catarro bronquial concomitante, un soplo tubárico, tenue, velado más ó menos por

todos estos estertores que rodean el foco y broncofonía. De ordinario, la localización preferente es en el plano posterior y hacia las bases, sin embargo, pueden existir en todo el árbol pulmonar y en el riño con mayor frecuencia de lo que se cree en el vértice. Cuando hay varios focos pueden presentarse a la vez o sucesivamente y evolucionando independientemente, pudiendo entonces percibir el oído soplos de intensidad diferente. Es muy frecuente que estos focos se limiten sólo a focos congestivos, gozando entonces de la propiedad de su gran movilidad, apareciendo hoy en un sitio y mañana en otro, en cuyo caso el soplo desaparece en 24 ó 36 horas para presentarse en un sitio

distinto. Tambien sucede á veces que estos focos congestivos son únicos y desaparecen con la misma rapidez, á esto es á lo que Sienlafoy llama fluxión de pecho que tambien es propia de la gripe. La expectoración, en la bronco-pneumonia, es airada mucosa, mucopurulenta y muchas veces estrada de sangre, y en esta expectoración es donde debemos ir á buscar el bacilo de Pfeiffer que nos dará el diagnóstico del proceso. Este bacilo se encuentra con mucha frecuencia, casi siempre, asociado á otros agentes patógenos que son habituales moradores de la cavidad bucal. Mucho se ha discutido si á estas asociaciones del bacillus influenzae con el pneumococo, pneumobacilo, estreptococo,

tozoco, era debida la mayor gravedad de los procesos bronco-pneumónicos gripales, pero el asunto no está resuelto, pues tambien se han visto casos del mismo afecto con bacilo de Pfeiffer puro, ya como localización inicial o' tardía de la gripe y en que la gravedad ha revestido la misma intensidad. La persistencia del microbio en los productos de la expectoración es desesperante; meses y meses después de terminado el proceso todavia nos será fácil demostrar su presencia.

La bronco-pneumonia gripal sigue ordinariamente un curso lento y con frecuentes sorpresas, generalmente dura de dos á tres semanas. Como la forma lobular procede por ataques sucesivos, su marcha es irregu-

lar, iniciándose mejorías que son buscamente cortadas por la aparición de otro u' otros focos; de aquí que su marcha se prolongue; la forma pseudo-lobular es de menor duración de diez á quince días, sin embargo, es también no escasa en sorpresas debidas á recaídas que se presentan en el período de declinación.

La bronco-pneumonia gripal termina, ya por la muerte, ya por la curación completa, ya originando lesiones crónicas. Cuando termina por la muerte, ésta sobreviene ya por la generalización del proceso bronco-pneumónico, y por tanto, por asfixia y ~~astenia~~ cardíaca, como hemos dicho en la bronquitis capilar, y esto acontece muy

pronto, sobre todo en los niños y viejos; nunca se alarga más allá del 5.º ó 6.º día; ó ya la muerte sobreviene por generalización de la infección gripal ó intoxicación dando carácter á algunas epidemias, como por ejemplo, la última de 1889-90, en que la mortalidad por la gripe fue debida á la bronco-pneumonia; en general, puede decirse, que el adulto sucumbe por la infección, y el niño por la asfixia. Cuando termina por la curación, ésta se hace por días, muy lentamente, de un modo desengañante á veces, apagándose los síntomas generales y los síntomas funcionales, antes que los signos físicos, que son los últimos en desaparecer muy tardíamente y que obli-

gan al enfermo á unidades extremadas, pues queda el aparato respiratorio en tal estado de inutilidad é irritabilidad que la menor influencia atmosférica basta para producir nuevos trastornos, contribuyendo no poco á esto, el profundo estado asténico general que hace del aparato respiratorio el locus minoris resistentiae. El enfisema pulmonar, la cirrosis del pulmón con dilatación bronquial, la bronco-pneumonia crónica, y en general, cuantos procesos puedan complicar ó á los que pueda conducir la temible bronco-pneumonia en su concepto general, tienen mayor cabida en la gripe dejando ésta, en consecuencia, lesiones permanentes de su traídora saña.

Otra de las manifestaciones torácicas de la gripe es la pneumonia. Puede presentarse durante la evolución del proceso, ya muy próxima al principio, ya puede coincidir con él, pero generalmente se manifiesta entre el 8.º y el 15.º día. En cualquier momento de su principio éste no es franco como el de la pneumonia fibrinosa: el frío inicial, el dolor de costado, pueden faltar ó ser tan poco apreciados por el enfermo que no llame la atención del médico; el estertor crepitante fino de la pulmonía puede también faltar ó ser tan poco perceptible que no llegue á apreciarse; la expectoración, no es la herrumbrosa típica, sino que es la de la bronquitis en la

que flotan algunos esputos que recuerdan aquéllos; en cambio, si los síntomas locales pueden no llamar la atención, la disnea y el mal estado general se acentúan tanto que ni una ni otro guardan relación con la intensidad del proceso local. La irregularidad en la evolución y los trastornos adinámicos que rápidamente progresan, pueden dar fin fatalmente al 4.º ó 5.º día de la dolencia. Si el proceso tiende á la curación, es necesario llegar al 12.º ó 15.º día, y aunque alguna vez puede anunciarse por fenómenos críticos, no es lo corriente en la neumonía grial. La caprichosa evolución del proceso neumónico causa á veces de pericarditis, endocarditis,

pleurenia, meningitis, nefritis, &c. &c., se hará ostensible al declinar, y la lentitud en la terminación que hemos visto en la bronco-pneumonia, con más razón se presenta aquí, permitiendo por espacio de varias semanas uno ó más focos de hepatización pulmonar. Cien- de á la supuración y á la gan- grana con mucha más frecuen- cia que la pneumonia primiti- va.

No nos detendremos en anali- zar aquí las divergencias de criterio que sostuvieron clínicos eminentes al considerar unos la pneumonia como enfermedad sobre añadida á la gripe y otros como una manifestación propia de este proceso morboso. En to- das las grandes epidemias de gripe,

en que las complicaciones pulmonares fueron la regla, la cuestión fue nuevamente debatida y no escapó a este análisis la última tantas veces citada y que tanta luz ha dado al capítulo Gripe en Madrid también fue objeto de animada discusión en la Academia Médico-Quirúrgica Española terciando en el debate respetables profesores de la Corte. Por fin Pfeiffer demostró la presencia de un bacilo en el interior de los alveolos y en los tabiques interalveolares. Hoy todo el mundo admite la neumonía gripal.

La pleuresía en la gripe puede ser seca, sero-fibrinosa o purulenta. Cuando la pleuresía es verdaderamente gripal, es decir, no es

consecutiva á procesos inflamatorios que la gripe ocasiona en el pulmón, evoluciona en general rápidamente y siempre con tendencia á la curación: así sucede en la pleureia seca y en la sero-fibrinosa; la primera se asemeja á la pleureia reumática, procediendo por ataques de edema subpleural de corta duración y gran movilidad, que aparece en un punto y desaparece rápidamente para presentarse en otro en el mismo lado ó en el opuesto ó en ambos, todo esto en el transcurso de pocas horas. La autopsia ha comprobado estos hechos (Teissier). La pleureia sero-fibrinosa, no tiene esta volubilidad: fija en un sitio, pronto se establece el derrame que se comprobará por los síntomas de todo derrame pleurítico,

maticez, abolición de las vibraciones, sifilo suave, egofonia, *L, L*, y sobre todo, por la función exploradora. El derrame tiende á la resolución que no se hace esperar mucho, y una vez [esta iniciada] termina rápidamente. Esta relativa benignidad de la pleureia fibrinosa gripal, contrasta con la gravedad que entraña cuando la pleureia acompaña ó sigue de cerca á la pneumonia ó bronco-pneumonias gripales, pues en este caso tiende el derrame á la purulencia; estas pleureias purulentas son comunmente estreptocócicas ó pneumocócicas. Las estreptocócicas, en mayor proporción que las otras, son de principio más bronco, con el dolor de costado intenso, fiebre alta, con exacerbación vesper-

na, disnea, y síntomas de derrame que se hace muy rápidamente purulento. Las pleureas pneumocóccicas, son de principio más insidioso, con la reacción general y local menos intensa y menor cantidad de derrame (1). Ambas son de marcha lenta, y la función exploradora nos dará los caracteres del pus. La terminación de la pleurea purulenta es, ya en forma de cómica, pudiendo en este caso tender espontáneamente a la curación, ya por la formación de empiemas de necesidad, ya por fenómenos septicémicos más o menos rápidamente mortales. Hoy en el estado actual de la ciencia, la in-

(1).- Dr. Brunardel, Gilbert, Girode. - Tratado de Medicina y de Terapéutica. - V. E. - T. VIII. - 1903.

-100-

tervención quirúrgica es regla general
de estos derrames y constituye una
garantía relativa de la termina-
ción por curación.

*

* x



VIII.

Otro de los aparatos en que se manifiestan los síntomas de la gripe, es en el digestivo, iniciándose en el periodo prodrómico, pero sin que ahí se les registre ningún carácter especial. Al invadir la gripe toma todo el tubo digestivo cierta participación, pero en general, la intensidad de sus manifestaciones no es, ni con mucho, tan ostensible como en el aparato respiratorio o en el eje cerebro-espinal. Sin embargo, en ocasiones adquieren tal agudeza e intensidad, son tan insólitos, que imprimen a la gripe un sello particular, prendiendo la sintomatolo-

gia que radica en este aparato la evolución del proceso, quedando los demás síntomas ofuscados ante su importancia. A estos casos es a' los que los clínicos llaman gripe de forma gastro-intestinal.

En las formas de gripe leve o común, los síntomas que acusa el enfermo son los de un catarro gástrico: inapetencia, anorexia, sed más o menos intensa, sensación de ardor y dificultad a la deglución en la faringe y el exófago, sensación de plenitud y de ligero dolor a la presión en el hueco epigástrico que se propaga algo a la región del hígado, eructos agrios o amargos y vómitos, primero alimenticios y después biliosos y mucosos, de ordinario estreñimiento, a veces ligera diarrea acom-

pañada de dolores cólicos, lengua blanquecina en el centro, roja en la punta y en los bordes.- Los vómitos son sólo el síntoma inicial y no duran más que 12 ó 24 horas, mas los otros síntomas de catarro gástrico, durarían lo que dure el proceso, en mayor ó menor intensidad, pero persistiendo más allá de su terminación, la inapetencia, la anorexia y aún cierto estado de dispepsia atónica dependiente del estado de agotamiento en que queda el sistema nervioso, sin guardar relación con la intensidad del ataque gripal. A veces acompañan á estos síntomas gástricos, estomatitis ulcero-membranosas (1), ó aftas que pueden asentar en toda la cavidad

(1). J. M. Marinari.-Complicaciones raras de la influenza.-Revista de Medicina y Cirugía prácticas.-E.º 26.º-1890.

bucal y llegar hasta la faringe, originando, como es natural, mayores molestias al agripado; otras veces, se ven periostitis alvéolo-dentarias con formación de abscesos, otras, la faringitis es tan intensa, acompañada de tumefacción de las amígdalas, que pueden llegar a producir verdaderas anginas flegmonosas que terminan ya por resolución ya por formación de colecciones purulentas.

El catarro gástrico puede adquirir tal intensidad que se refleja en la boca, adquiriendo la lengua un color rojo vivo con las papilas salientes, enrojecimiento que se propaga hasta la faringe, ocasionando al enfermo inevitable sensación de calor y de rucación. A esto acompaña una intolerancia gástrica absoluta,

perstinar; la menor cantidad de líquido ingerido es suficiente para despertar los vómitos, haciéndose incoercibles; los accesos de gastralgia se unen á este cuadro colocando al enfermo en tal estado de angustia y ansiedad, con la descomposición propia del semblante, que parece que está próximo á su fin. A veces, á los vómitos incoercibles acompaña una fuerte diarrea, con dolores cólicos, calambres, tenesmo moléstimo que dan al agriado el aspecto de un colérico. La intensa hiperemia que aienta en toda la mucosa gastro-intestinal, es en ocasiones causa de gastrorragias ó de enteroragias, hemorragias que son de la misma naturaleza que las epistaxis, que la hemorragia faríngea ó

bronquial que vemos en la gripe. Esta hiperemia puede dar lugar á inflamaciones y ulceraciones y como consecuencia de ellas, á peritonitis de las que se citan algunos casos. Si la fluxión se corre, como sucede muchas veces, hacia las vías biliares, se llega á determinar cierto estado fluxionario del hígado con ictericia.

Liechtenstern, denomina gripe metamorfoica, aquella que empezando por síntomas típicos y manifestos gastro-intestinales, estos se convierten bruscamente en síntomas tóxicos, ya en forma de bronquitis, ya de bronco-pneumonia, pero desapareciendo por completo los que radicaban en los órganos digestivos.

Cuando los síntomas del

aparato digestivo se juntan á manifestaciones nerviosas atáxicas ó ataxo-adinámicas, pueden en su conjunto constituir un cuadro que tenga muchas analogías con el de la fiebre tifoidea. La fiebre alta, las epistaxis, la lengua seca, las fuliginosidades, el meteorismo, la sensibilidad de las paredes del abdomen, el gorgoteo y dolor en la fosa ilíaca derecha, la diarrea fétida y hasta en ocasiones las manchas rosadas, unido á un estado de estupor y coma; pueden confundir al clínico en su apreciación.

A consecuencia de una infección gripal, el bazo suele presentarse hipertrofiado sensiblemente, pero este es un sintoma que hasta hoy carece de valor,

-108-

pues son muchos los casos en los
que esta glándula no ha sufrido
alteración aparente.

x
x x



IX.

En las manifestaciones sintomáticas del aparato circulatorio, el corazón representa en la gripe uno de los principales protagonistas, ya por la fiebre que desarrolla esta enfermedad, ya por su agente específico o los productos tóxicos de éste, influye sobre la estructura íntima y sobre la innervación del centro de la circulación y de la vida. Además, dada la relación íntima que existe ^{entre} el corazón y los pulmones, habida cuenta de la predilección de la gripe por el árbol aéreo, se comprende que no sin pena por

por parte de aquel órgano parvarán los procesos que se desarrollan en los pulmones, influyendo sobre la circulación menor y produciendo perturbaciones ya sobre el acto mecánico de la circulación, ya sobre el acto químico, dificultando la hematosis, disminuyendo el campo respiratorio y dando lugar al acúmulo de anhídrido carbónico. Cuando en la gripe se presentan localizaciones o complicaciones en el corazón Huchard la distingue con el nombre de forma cardíaca de la gripe.

La aceleración de los latidos del corazón, y por lo tanto, la frecuencia del pulso, es la regla en un ataque de gripe; es en general mayor de la que corresponde á la elevación de la temperatura. En la

forma común de gripe se cuentan 100 y 115 pulsaciones con temperaturas que se mantienen entre $38'5''$ y $39'5''$; el enfermo puede llegar á la convalecencia conservando una relativa frecuencia de pulso sin que ésta signifique lesión ninguna por parte del centro circulatorio, pues es debida á la acción tóxica sobre la innervación del corazón. Huchard, llama pulso inestable á un carácter que es frecuente hallar en la gripe y que considera bastante característico, que consiste en el aumento brusco del número de pulsaciones al pasar el enfermo del decúbito dorsal á la estación vertical. Este fenómeno es conocido ya de antiguo: Graves, lo citaba ya como propio de las convalecencias de las en-

fermedades agudas, pudiendo observarse diferencias de 30 á 40 pulsaciones⁽¹⁾. Huchard, hace subir esta diferencia en la gripe á una cifra mucho más alta.

La acción tóxica de la gripe sobre la innervación del corazón puede dar lugar á la lentitud de sus latidos, es decir, á la bradicardia. Es más frecuente en la gripe que en otras enfermedades infecciosas, pero de todos modos es de observación poco común. Strange (de Worcester)⁽²⁾ observó en si mismo durante la gripe el descenso del número de pulsaciones de 15 á 16 por minuto acompañadas de una debilidad extrema. Algunos casos de la última

(1) Bonchard - Enciclopedia de Patología general. 8.^o 4.^o

(2) J.^o Merklen - Examen et séméiotique du cœur.

epidemia terminaron por la muerte.

Hemos indicado antes, que se han observado casos de gripe en que se han presentado ataques de angina de pecho. Otros casos se citan en que la atonía cardíaca fué tan acentuada que produjo ataques sincopales ya en el acmé ya al terminar la gripe.

Además de estos síntomas debidos puramente á un trastorno en la inervación del corazón, puede producir la gripe procesos primitivos que ataquen ya sus cubiertas endo ó pericardiacas ya la fibra muscular misma; encontraremos, pues, endocarditis, pericarditis y miocarditis primitivas, pero los tres procesos son raros cuando se trata de individuos que anteriormente al ataque de gripe su corazón estaba completamente sano. La endocarditis es

casi siempre silenciosa en su evolución, el médico tiene que buscarla: la pericarditis es más expresiva, más franca, puede ser seca, pero generalmente es con derrame fibrinoso ó purulento: la miocarditis, unas veces da lugar á fenómenos graves y en corto plazo produce la muerte y otras veces sólo se traduce por fenómenos de atonía y colapso cardíaco ó por arritmia con ó sin taquicardia. Estos trastornos cardíacos, si el médico no tiene cuidado de ir á buscarlos, puede encontrarse desagradablemente sorprendido por irregularidades en el pulso, que son los signos que podrán llamarle la atención, á veces precursores de una muerte próxima. Aún tratándose de individuos en perfecto estado fisiológico, cuando en

el curso de una infección gripal se desarrollan procesos pneumopáticos o pleuríticos que constituyen siempre formas graves, sobrevienen con relativa frecuencia complicaciones endo, peri, o miocardiacas que pueden terminar ya por la muerte, ya dejando sello indeleble de su paso o terminando por la completa curación que es lo menos común.

Cuando la gripe ataca a un individuo cuyo corazón está ya alterado (degeneración grasosa, endocarditis crónica, con lesión valvular, arterioesclerosis) aún cuando la lesión esté compensada perfectamente, con gran facilidad este equilibrio se rompe, presentándose síntomas de angustia de gravedad suma, muchas veces rápidamente mortales. Esta pérdida de

compensación es contingencia con la que debe contar el clínico cuando un proceso bronquítico o' bronco-pneumónico se presenta, la insuficiencia del corazón entrará en escena rápidamente y el desenlace será fatal en breve plazo.

La acción toxico-infecciosa de la gripe no solo se manifiesta en el corazón sino que tambien en los vasos. La flebitis es otra de las complicaciones a que puede dar lugar. Este punto tambien se presentó en la última epidemia de 1889-90 (1). Las observaciones se multiplicaron y la literatura médica es ya numerosa. La malignidad o' benignidad del ataque gripal no es obstáculo para la presentación de la flebitis, general-

(1) Potain.-Clinique médicale de la Charité. 1894.-El Vaquer.-De la phlébite des membres.

mente acompaña á procesos gripales graves, pero tambien se ven ataques de flebitis acompañando á ataques de gripe relativamente ligeros.- Al finalizar la evolución de la gripe es cuando se inicia esta complicación y comunmente sigue á localizaciones gripales del aparato respiratorio, bronquitis intensas, bronco-pneumonías, pneumonías. Guarda cierta relación la intensidad del ataque de flebitis con la intensidad del ataque gripal, es más frecuente en las venas de los miembros inferiores (pantorrillas, safenas) que, en las de los superiores (del brazo, axilar).- El dolor violento que cede pronto, el edema muy marcado y rápidamente ascendente, el cordón duro y doloroso que puede ser accesible á la palpación, según de qué vena se trate,

indican la obliteración venosa: su evolución es bastante lenta y sus consecuencias pueden ser penosas y largas, generalmente curan, pueden ser bitaterales. El Dr. Mariani cita dos casos de flebitis gripal, en los dos se presentó, primero en una pierna y luego en otra (1).

Otra complicación vascular en la gripe es la arteritis. Lo mismo que la flebitis gripal se estudió en la epidemia mencionada. La infección tífica y la infección gripal se reparten y se disputan la primacía de las arteritis agudas infecciosas (2) Esta complicación es mucho menos frecuente que la flebitis. Los síntomas porque se manifiesta son: el dolor violento y agudi-

(1) J. M. Mariani.-Complicaciones raras en la influenza - loc. cit.

(2) J. Bonardel, Gilbert, Girard.-Tratado de Medicina y de Terapéutica. T.º IV.-Morgner y Comet.-Enfermedades de las arterias.

sino á lo largo de la arteria que se exagera por la presión y el movimiento, el pulso disminuye ó desaparece, hay frialdad y anestesia de la extremidad, hormigueos, ingurgitación del miembro en el segmento periférico al punto en que radica la arteritis, la arteria se encuentra en forma de un cordón duro, resistente, que resbala debajo del dedo. Si la arteritis es sólo extensa ó está situada en un punto que permita la circulación suplementaria, el pulso vuelve á apreciarse al cabo de cierto tiempo y los síntomas de cianosis de la extremidad van remitiendo muy lentamente pero persistiendo el edema que puede durar años: si la obliteración de la arteria es completa y está situada en un punto donde la circulación suplementaria

taria no pueda suplirla, el dolor aumenta, la frialdad y palidez del miembro se acentúan como la insensibilidad, se presentan placas violáceas que se extienden, se fusionan y se tornan negruzcas y la gangrena se presenta ya seca ya húmeda. Las arterias más frecuentemente atacadas son la poplitea, la femoral, la humeral, la axilar.

La gripe como enfermedad infecciosa ejerce su acción sobre todo el sistema vascular de la misma manera que influyen todas las infecciones, activando ó despertando el proceso de arteritis crónica, es decir la arterio-esclerosis.

La sangre de los individuos agripados ha sido también objeto de numerosas investigaciones. Desde

Hayem se sabe que una gota de sangre normal al coagularse, observada con el microscopio, se ve que las columnas de glóbulos rojos formadas dejan ciertos espacios que se comunican llamados plasmáticos, en los que se forman pequeñas estrellas de fibrina: pues bien, en el llamado tipo flegmático de la sangre, estos espacios plasmáticos son más pequeños y cerrados por todas partes y las pequeñas estrellas de fibrina constituyen en éste una verdadera red. en la gripe, este tipo flegmático está atenuado, mas esto no es propio y exclusivo de esta enfermedad, sino que se observa en otros procesos, como por ejemplo en la escarlatina (1).

(1). Et. Acharid. - Nouveaux procédés d'exploration. - 2^{me} ed. -

Cambien se ha tratado de buscar la fórmula leucocitaria, pero se ha visto que ésta no es constante en la gripe, antes bien la reacción leucocitaria es variable. Para Stenon, hay leucocitosis polinuclear, tanto más acentuada cuanto más marcada es la flegmania bronco-pulmonar y cuanto que las complicaciones pulmonares pleuríticas o de los oídos tienen mayor tendencia supurativa, pero en realidad, la opinión general es la inconstancia de las reacciones leucocitarias como acabamos de decir.

X.

Las manifestaciones sintomáticas en los órganos genito-urinares, constituyen un capítulo importante en la gripe. La acción de ésta sobre el riñón no se diferencia de la que en general ejercen las enfermedades infecciosas agudas. Claro es que un cierto estado congestivo ó ligeramente inflamatorio se determina en él y éste se evidencia por la ligera albuminuria que frecuentemente es dable demostrar, pero esta alteración de los epitelios no se manifiesta comúnmente por ningún otro sín-

toma, y aún este es fugaz prueba de que la lesión es superficial y transitoria curando sin consecuencias es la albuminuria febril. Hay casos, sin embargo, en que no se sustrae el riñón á la acción tóxica-infecciosa de la gripe y se producen verdaderas nefritis gripales que pueden evolucionar como tales nefritis, con síntomas que la hagan evidente ó silenciosamente ocasionando síntomas urémicos, los que por su analogía con los síntomas nerviosos desentor pueden ser atribuidos por el clínico á la gripe, cuando en realidad la causa de ellos, sea la uremia. Es necesario, pues, contar con esta contingencia para no incurrir en lamentable error. La gripe puede despertar procesos

nefriticos que estarian latentes o' poner de manifiesto lesiones renales desconocidas de fecha anterior al ataque gripal, constituyendo en consecuencia verdaderas nefritis brighticas.

Se han visto bastantes casos de cistitis en los que la gripe era la responsable; tambien se citan algunas uretritis y hematurias.

Durante los ataques de gripe está generalmente disminuida la cantidad de orina, siendo densa, oscura, rica en urea y pobre en cloruros; sin embargo, su composicion nada nos dice que pueda dar carácter propio a las orinas de esta enfermedad. Hayem creyó que la presencia de urobilina podia considerarse como característica

de la gripe, pero es un dato al que no hay que atribuir tal importancia. La gripe termina á veces por verdaderas crisis urinarias.

La infección gripal puede adelantar la aparición de las reglas ó hacerlas reaparecer, á veces con tal abundancia que constituyen verdaderas metrorragias. Tambien se han visto mujeres menopáusicas, en las cuales, una infección gripal ha dado lugar á una metrorragia inesperada.

Ribemont-Dessaignes y Lepage (1) resumen en los siguientes terminos la acción de la gripe sobre el embarazo:

"En la mayor parte de los casos,
"en las mujeres embarazadas ataca-

(1). Ribemont-Dessaignes et J. Lepage-Précis d'Obstétrique.-1904.-

„das de influenza, el embarazo consti-
„tuye un incidente particular; pero
„estas mujeres están expuestas á la
„expulsion prematura, á causa de
„de las quintas de tos, de la hiper-
„termia y de la hemorragia resultan-
„te de la congestión del endometrio.
„Se ha demostrado, en efecto, que fue-
„ra del embarazo las hemorragias
„externas pueden sobrevenir en
„el curso de la influenza; el retor-
„no de las reglas se ha observa-
„do tambien en las mujeres nor-
„moeicas. (Beirner). En una epi-
„demia observada por Vinay,
„en 22 mujeres embarazadas
„atacadas de gripe, hubo 7 par-
„tos prematuros.

„Bar y Boullé no han ob-
„servado metrorragias ni una ac-

"ción abortiva manifiesta en las
"mujeres atacadas de gripe. El
"parto ha sido sólo adelantado
"en mujeres entradas en el último
"mes del embarazo y presentando
"accidentes serios de gripe."

También se citan casos de
orquitis, epididimitis y vaginitis gri-
pales.

XI.

Es frecuente que al empezar la gripe en el primer y segundo día se presenten en la piel brotes de diferente forma y extensión: uno de estos, el más común, está constituido por una hiperemia cutánea generalizada, acompañada casi siempre de hiperhidrosis, que se explica, considerándola dependiente de una angio-neurosis por parálisis vasomotora producida por la toxina gripal. Esta hiperemia toma á veces la forma exantemática, ya escarlatinosa, ya sarampionosa, ya roseoliforme, asentando principal

mente en la cara, frente y pecho en forma de manchas, llegando en algunos casos hasta las extremidades, más en las superiores que en las inferiores. Tambien se observa con frecuencia la urticaria, debiendo recordar en cuanto á éstas, para evitar confusiones, que ciertos medicamentos la producen. El herpes, no es raro y le vemos en los labios, en la barbilla y acompañando á ciertas neuralgias, sobre todo la intercostal. La miliar va unida á algunos casos de gripe. Los autores antiguos ya señalaron algunas de estas manifestaciones cutáneas que fueron diversamente interpretadas. La mayor parte de estas erupciones son fugaces y no tienen influencia en la evolución del proceso ni significación diagnóstica ni

pronóstica.

La purpura hemorrágica, que se ve en algunos casos, citados en el informe del ejército alemán y el informe suizo, tiene cierta significación de gravedad, sobre todo cuando va acompañada de epistaxis, hemoptisis, enterorragia, &c.

La erupción facial puede observarse en el curso de la gripe y como complicación de ella. En las formas graves, y sobre todo en las bronco-pneumonías, es frecuente ver la forunculosis en el curso de la convalecencia.

XII.

La acción toxico-infecciosa de la gripe puede también manifestarse en los aparatos de la olfacción, audición y visión. Teniendo en cuenta la morbilidad de la gripe, las lesiones producidas en estos aparatos no son muy frecuentes, pero si se compara con la de otras enfermedades infecciosas, como fiebre tifoidea, escarlatina, sarampion, &c, su influjo es evidente. Su estudio entra de lleno en el campo de las especialidades médicas, así es que no haremos más que una breve indicación de ella.

En el aparato olfatorio, la neuritis consecutiva á la gripe puede producir la anosmia. El empiema del seno maxilar ó del seno frontal se ha señalado tambien: sus síntomas subjetivos principales son el dolor en la región afecta que se irradia más ó menos al vértice de la nariz y á la cavidad orbitaria de tipo neurálgico y el derrame de un pus amarillo verdoso en cantidad variable que deja en el pañuelo manchas parecidas á las del pus blenorragico: los síntomas objetivos son difíciles de apreciar. En general no constituyen procesos graves (1).

Las alteraciones que la gripe pro-

(1). A. Castex. - Enfermedades de la laringe, nariz y oídos. V.E.
De la 2ª edic. francesa. T.º I y II - 1903 -

duce en el oído (1), son más frecuentes que las de la nariz: radican principalmente en el oído medio, pueden reducirse á un simple catarro de la caja ó pueden producir otitis medias simples ó supuradas acompañadas casi siempre de meningitis. Lo corriente es que estas otitis curen pronto, pero también pueden pasar al estado crónico y dejar un trastorno más ó menos acentuado y permanente en el funcionamiento del aparato. Estas otitis pueden complicarse y sobrevenir mastoiditis ó procesos endo-cranianos de gran transcendencia. La otitis perióstica también entra en el grupo de las otitis consecutivas á la gripe. No indicaremos los síntomas de cada una, diremos sólo

(1) Loc. cit.

que los dolores referidos al oído, extendidos más o menos en la esfera del nervio trigémino, los zumbidos, los ruidos varios, los trastornos en la audición, los vértigos, la supuración, la fiebre, acompañados de los síntomas objetivos que suministra la exploración otoscópica de la membrana del tímpano, el diapason, &c, &c, serán suficientes para formar juicio aproximado de la lesión y entregar el enfermo en manos de un especialista.

En el aparato de la visión, son muy diversos los trastornos que se han señalado como dependientes de la infección gripal: conjuntivitis simples, purulentas, queratitis serpiginosas, herpéticas con ulceración, inflamación de la cáps-

sula de Tenón, orzuelos, abscesos de las
órbitas, dacriocistitis; ambliopía, xan-
topía, discromatopsia, micropsia,
parálisis incompletas de los mús-
culos del globo del ojo, parálisis
de la acomodación, &c, &c, en cuyo
estudio no debemos entrar.

x
x x

XIII.

La expresión genuina de la generalización de los procesos infecciosos se nos traduce por la modificación de la temperatura del organismo. Siendo la gripe una enfermedad infecciosa tan variable en sus manifestaciones se comprende que ninguna regularidad guarde la cifra térmica, pero no por esto debemos prescindir de su observación metódica, antes al contrario, es preciso que nos fijemos en ella con mucho detenimiento y que no se limite el clínico á apreciarla en los cortos momentos

que esté al lado del enfermo, sino que debe encomendarla á la persona que esté á su cuidado y que se haga escrupulosamente, por lo menos seis veces en las 24 horas y siempre que se crea que aquél presenta algo anormal. Es, pues, un dato de gran utilidad y de interés inapreciable, el conocimiento de la marcha de la fiebre, y de este modo nos será posible sorprender esa volubilidad é inconstancia que caracteriza la gripe, y obtener datos que podrán venir en nuestro auxilio para establecer un buen diagnóstico, pronóstico y tratamiento. La experiencia nos ha demostrado la verdad de nuestra apreciación, y no comprendemos cómo en nuestros días,

hay médicos que pueden prescindir de datos tan interesantes como son los que da el termómetro, negligencia que trasciende á las familias, en muchas de las cuales hemos encontrado obstinada terquedad en servirse de tan precioso instrumento, (considerándolo como un algo hechizado) que no puede fallar los hechos ni engañarnos.

Los casos en que la temperatura del agriado no sufre alteración son excepcionales, pero hay casos tan leves, que podemos considerar como formas abortadas ó rudimentarias en que la fiebre es de muy corta duración, tan solo algunas horas, que el médico no llega á apreciarla.

En la forma leve ó ligera, la

temperatura alcanza generalmente desde el principio el máximo de intensidad que oscila entre $38^{\circ}5'$ y $39^{\circ}5'$ llegando con frecuencia á los 40° ; durante su curso se mantiene en aquella cifra por espacio de cuatro ó cinco días con remisión matinal y exacerbación vespertina y remitiendo luego en los días sucesivos, lentamente, por líneas, hasta recobrar la normalidad. No es raro en esta forma observar en el segundo ó tercer día, y á veces al siguiente de la invasión, que el termómetro baja á la cifra normal por algunas horas y hasta un día completo, para después elevarse de nuevo, siguiendo el curso que acabamos de indicar. La fiebre puede tomar el tipo remitente ó intermitente.

Cuando la gripe se determina en alguna de las formas graves que hemos indicado, entonces el proceso febril es influido por el nuevo aspecto que toma el proceso que se acompaña de fiebre intensa de $39^{\circ}5'$ a $40^{\circ}5'$; cuando la localización gripal se establece desde la invasión, la temperatura es desde luego de 40° a $40^{\circ}5'$; si la localización se establece cuando la gripe está en plena evolución, ó en la declinación, el alcanzar el termómetro de nuevo esta cifra será siempre dato cierto de una complicación que debemos buscar con detenimiento.

La forma de terminación de la fiebre en la gripe es generalmente por lisis: se ven casos en que

la enfermedad termina por crisis de sudores, diarrea, orina, hemorragias, &c, pero no es lo frecuente. - Un dato importantísimo que se ve en la generalidad de las infecciones, también se observa en la gripe, y es la hipotermia al terminar el proceso, y es este dato tan fijo, tan constante, que no debemos considerar al individuo entrado en franca convalecencia, hasta tanto que la temperatura, por espacio de 48, ó 72 horas, se haya mantenido por debajo de 36.8° que es la cifra que consideramos como normal. Hay casos en que esta hipotermia es notable bajando a 35.5° y 35° acompañada de colapsos que pueden crear situaciones comprometidas y que es más fácil encontrar en las terminaciones

críticas: en general la hipotermia queda limitada á 36° . La gripe es una enfermedad de recaídas, ha dicho Tacond y es bien cierto, y estas recaídas que se nos traducen siempre por nuevas exacerbaciones térmicas son muchas veces debidas á que el enfermo ó la familia desoyen los consejos del médico ó á tolerancia por parte de éste. Por esta razón, el termómetro ha de ser quien nos dará datos fieles para evitar estas contingencias, claro está, que siempre acompañado de los otros datos que la exploración del enfermo nos suministre. El bacilo de Pfeiffer y sus aliados, el pneumococo, el pneumobacilo, el estreptococo que tan eficaz concurso le prestan en toda la

campaña se batan en retirada; pero si el organismo vencedor confía demasiado en el principio de la victoria permitiéndose celebrarla antes del aniquilamiento del enemigo, es muy probable que aquellos bacilos se rehagan en su retiro, vuelvan nuevamente a la carga y se enseñoreen otra vez del campo, alcanzando antes la victoria con mucha más facilidad. El termómetro es uno de los exploradores del campo enemigo, y con la observación repetida de él, podrá poco a poco el médico, general en jefe de la gran batalla librada, hacer entrar al enfermo en franca convalecencia, que siempre es larga y penosa, por la arteria ner-

-145-

viosa que caracteriza la infección
gripal.

x
x x

3

XIV.

Con interesante es estudiar la convalecencia que merece capítulo aparte. Como acabamos de decir, la convalecencia es larga y penosa, efecto de la fuerte sacudida que recibe el sistema nervioso. Hay casos, sin embargo, en que apenas si el enfermo para por este periodo de convalecencia, y son aquellos en que el ataque es tan ligero que el organismo se ha defendido sin que el agripado se haya visto obligado a guardar cama, pero en la mayor

parte de los caros, no está en relación el estado de atenia nerviosa en que queda el enfermo con lo ligero del ataque gripal.

En la forma leve ó ligera se observa al principio un cansancio, una laxitud invencibles; su carácter queda impresionable á todo, irritable, impaciente, la emoción más sutil le enerva, todo trabajo corporal ó intelectual se le hace imposible, el sueño va acompañado de pesadillas, el más ligero cambio de temperatura le impresiona, el pulso es blando, deprimible, lento, irregular, al menor movimiento se hace pequeño y frecuente, con palpitaciones, vértigos, tendencia al síncope, la temperatura por debajo

de la normal; la tos persiste por lo general, molesta, quintosa; las funciones digestivas están también un tanto alteradas, anorexia, trastornos dispepsicos gastro-intestinales a veces acompañados de vómitos con diarrea o estreñimiento. Estos síntomas van remitiendo lentamente y el enfermo recobra en un tiempo variable su cabal salud.

Aun en la forma ligera pueden sobrevenir complicaciones diversas que ya hemos detallado.

Los casos en que la gripe toma una forma determinada grave, estos síntomas están exagerados en uno u otro sentido, siendo la convalecencia más penosa, más lánguida efecto de la lentitud en la restitución completa.

del órgano u' órganos en que aquélla se ha enseñoreado; las complicaciones son tambien más frecuentes.

Claro es, que en la convalecencia, no tan sólo influye el proceso en si según la forma del ataque y el carácter propio dominante variable según la epidemia, sino que tambien es influida por las condiciones del individuo agripado. En los viejos, en los individuos debilitados, la convalecencia es proporcionalmente más larga, y con más facilidad están expuestos á las complicaciones propias de esta entidad nosológica; en los niños, en general, no es tan larga como en el adulto. En los individuos enfer-

mos ya del sistema nervioso, ya del aparato digestivo, respiratorio, circulatorio, & un ataque gripal exageraría aquellos trastornos, y por tanto, la convalecencia podrá alargarse por algunos meses.

x
x x

XV.

Dado el carácter proteiforme de la gripe, su diagnóstico puede presentarse un tanto oscuro; sin embargo, casi siempre podremos llegar á él, ya aguilatando bien los síntomas ya recurriendo á la investigación del bacilo de Pfeiffer. De modo, que el diagnóstico debe hacerse clínico y bacteriológico: claro está que siempre debe basarse en la demostración de este bacilo, único dato ciertísimo y fehaciente dada la variabilidad de esta entidad morfológica. En tiempo de epidemia es fácil establecerlo, pero esta

facilidad puede hacernos caer en error puesto que ésta como las otras epidemias, no deja de ejercer su influencia sobre las otras enfermedades modificándolas ó agravándolas: es lo que los antiguos llamaban el genio epidémico. Al principiar las epidemias y en los casos esporádicos es cuando el diagnóstico puede ofrecer serias dificultades.

En la invasión con fiebre intensa y síntomas adinámicos pronunciados, acompañados de fuerte raquialgia podrá dudarse en la invasión de una viruela, pero esta duda se desvanecerá al no presentarse la erupción en el tercero ó cuarto día.

Si la invasión intensa va

acompañada de síntomas catarrales fuertes de las mucosas nasal, ocular y traqueo-bronquial ó con angina violenta, harán pensar en el sarampión ó la escarlatina, sobre todo si acompaña un brote escarlatiniforme ó sarampiñoso; pero la anamnesis por un lado, y por otro, el modo y forma de la erupción que en la gripe no empiezan por la cara, como en el sarampión y la marcha propia de estas fiebres eruptivas, nos pondrán en camino del diagnóstico.

Los dolores musculares y articulares, espontáneos y á la presión unidos á la imposibilidad de todo movimiento pueden hacer creer en la invasión de un reumatismo, pero la falta de tu-

nefación o' de derrame articular y la pronta desaparición de los dolores, a' más de la evolución distinta de las dos afecciones, resolverán el problema.

El meningismo gripal puede presentar un cuadro análogo al de la meningitis aguda, más la remisión pronta de los síntomas meníngeos al propio tiempo que se desarrollan los gripales aclararán el diagnóstico.

Si en lugar del meningismo es verdaderamente una meningitis la que se desarrolla, el diagnóstico sólo puede establecerse por la punción lumbar y la demostración del bacilo de Pfeiffer.

La bronquitis, la bronco-pneumonia, la pneumonia gripales en

los casos dudosos investigaremos el bacilo de la gripe en los esputos. De la misma manera distinguiremos la gripe de la tuberculosis aguda que puede simular cuando la fiebre intensa, la prostración profunda, la disnea y los síntomas estetoscópicos sean de tal naturaleza que puedan sembrar vacilaciones en el ánimo del clínico, debiendo buscar no sólo el bacilo de Pfeiffer, sino también el de Koch.

En la gripe puede desarrollarse una sintomatología análoga a la de la fiebre tifoidea, y en este caso nos servirá la sero-reacción de Vidal. Al no presentarse el fenómeno de la aglutinación nos negará el diagnósti-

co de fiebre tifoidea, pero siempre recordando las precauciones que deben tomarse al hacer el sero-diagnóstico, de repetir el ensayo si este ha sido negativo para la fiebre tifoidea.

En la epidemia de 1889-90, se discutió mucho en las Academias sobre si la afección reinante era gripe ó dengue. Las dudas se aclararon conviniendo que en el dengue, falta el catarro de las vias aereas, que es tan constante en la gripe, que la erupción, constante en aquél, acompañada de prurito y descamación, es relativamente rara en ésta.

Hasta ahora, las investigaciones llevadas á cabo para establecer un cito-diagnóstico

-157-

ya hemos dicho que no son fieles.
Las obtenidas para hacer un re-
ro-diagnóstico han resultado in-
fructuosas.

x
x x



XVI.

Como es natural, el pronóstico de la gripe depende de los dos factores principales: enfermo y enfermedad.

En los individuos adultos sin tara patológica, la forma leve o ligera es comúnmente benigna, en los niños sucede igual, pero en los ancianos, como las reacciones orgánicas están más apagadas y las resistencias orgánicas disminuidas efecto de la edad, adquiere una relativa gravedad. Esta misma forma ligera

en sujetos con padecimientos pre-existentes á la infección gripal de los aparatos respiratorio, cardiovascular, nervioso, digestivo, renal, &, ó con afectos distróficos, el pronóstico es siempre muy grave, siendo en muchos casos causa de la muerte, y aun cuando logren vencer el ataque gripal, aquellos procesos habrán dado un paso más, quirián un paro de gigante, acortando la vida del paciente. Los padecimientos quirúrgicos en los individuos agripados se agravan ó se retardan en su curación: las recién paridas están expuestas á la infección puerperal.

Generalmente, al principio de las epidemias, la gripe es benigna, pero pronto adquiere una

mayor virulencia, determinándose en una u otra forma grave. Aún en individuos adultos y sanos las determinaciones gripales son siempre graves y ocasionan un número de víctimas, por consiguiente, los individuos valetudinarlos caen segados por la epidemia. La forma torácica es la que causa más mortalidad; no sólo por ser la más frecuente, sino porque es la más grave, en particular en los niños y en los ancianos; le sigue en frecuencia la gastro intestinal, y en gravedad la nerviosa. En tiempo de epidemia la mortalidad es doble y aún triplicada. No hay que olvidar en el pronóstico la versatilidad de la gripe que

nos reserva desagradables sorpresas, por lo cual el clínico ha de ser cauto al establecerlo si no quiere ver en un momento comprometida su reputación.

En individuos predispuestos, un ataque gripal puede abrir la puerta de entrada de la tuberculosis.

+
+ +

Todo cuanto hasta aquí acabamos de exponer podemos resumirlo en las siguientes

Conclusiones:

1.^a

Sin dejar de admitir la fiebre catarral como entidad nosológica bien definida, opinamos que todas, o' cuando menos la mayor parte de las llamadas epidemias catarrales estacionales, son recrudecimientos epidémicos de la gripe endemo-epidémica en nuestro país.

2.^a

El uso ha generalizado la palabra gripe entre el público médico

español, y nosotros la aceptamos de buen grado para expresar esta enfermedad caracterizada esencialmente por ser epidémica, contagiosa, infecciosa y microbiana.

3.^a

Admitimos dos formas de gripe: una leve ó ligera (Dienlafoy) en la que toda la economía está invadida casi por igual, y una forma grave en la que además de la invasión general de toda la economía se observa un predominio manifiesto de los síntomas que radican en el sistema nervioso, en los órganos torácicos ó en los órganos abdominales.

4.^a

El contagio de la gripe es frecuentemente directo, puede hacerse por los obje-

tos ó por las viviendas, y la rapidez de su difusión no sobrepasa jamás á la de los grandes excrementos. El agente patógeno causante de la gripe es el bacillus influenzae dado á conocer por Pfeiffer en 1892 que se encuentra en los esputos que son los vectores del contagio. No hay edad, sexo, profesión condición social, país, ó rara que ponga al abrigo de la infección. El número de atacados es mayor entre 20 y 40 años por ser la edad de mayor comunicación interhumana. Es causa predisponente cuanto constituye al individuo en estado de receptividad morborosa. Se ignora si hay sujetos naturalmente refractarios: no existe la inmunidad adquirida por el hábito, pero parece existir realmente la adquirida por una infección anterior, ignorándose su duración, que desde luego es limitada.

Tambien se desconoce si existe antagonis-
mo con otra enfermedad.

5.^a

El periodo de incubación dura de algunas horas á uno ó dos dias. La invasión puede ser brusca, brutal, ó puede ir precedida del periodo prodrómico, cuya duración es de uno, dos ó tres dias á lo más. Ambas formas pueden aparecer bruscamente ó con prodrómos.

6.^a

Las manifestaciones sintomáticas del sistema nervioso son: la cefalalgia, la raquialgia con gran quebrantamiento general, acompañadas ó no de otras neuralgias y síntomas adinámicos, atáxicos ó atáxico-adinámicos. Excepcionalmente pueden observarse fenómenos bulbares.

Pueden observarse pseudo meningitis o meningismo y tambien verdaderas meningitis, encefalitis gripales, ataque de delirium tremens, estados psicopáticos, neuritis y polineuritis. La gripe puede despertar antiguas neuritis. De todas las determinaciones gripales, la nerviosa es la más pura.

7.^a

Las manifestaciones sintomáticas en el aparato respiratorio, se caracterizan por síntomas de forma catarral, rápidamente propagados, desde las fosas nasales, á las conjuntivas, faringe, oído medio, laringe, tráquea y bronquios gruesos y medianos. En la forma grave pueden verse la bronquitis capilar, la bronco-pneumonia, la pneumonia, la pleurea que puede

ser seca, sero-fibrinosa ó purulenta.

8^a

En el aparato digestivo, las manifestaciones sintomáticas pueden limitarse á las de un catarro gástrico más ó menos acentuado, á veces los síntomas gástricos predominan en forma de vómitos incoercibles; otras veces los síntomas intestinales con abundante diarrea, dolores, calambres, &c, imperan, dando al agripado el aspecto de un cólico; pueden verse síntomas de peritonismo ó peritonitis; también puede constituirse un cuadro sindrómico que simule en un todo una fiebre tifoidea. Es común ver estados fluxionarios del hígado. El bazo puede encontrarse infartado ó no.

9.^a

En el aparato circulatorio un ataque de gripe supone siempre aceleración de los latidos del corazón, y por lo tanto, del pecho. Se observa la bradicardia con más frecuencia que en otras enfermedades infecciosas; mas rara vez, ataques de angina de pecho, ataques sinopales, endocarditis, pericarditis y miocarditis primitivas, flebitis, arteritis aguda o crónica. El tipo flegmático de la sangre está atenuado. La fórmula leucocitaria en la gripe no es constante, aunque se haya encontrado muchas veces la leucocitosis polinuclear.

10.^a

La gripe puede ser causa de nefritis o puede despertar procesos del

ríñon latentes o' poner de manifiesto los ignorados. Se han visto cutitis, uretritis y hematurias. La orina no tiene ningún carácter particular: al principio puede observarse una ligera albuminuria febril. Un ataque gripal puede adelantar la aparición de las reglas o' hacerlas reaparecer, ambas en forma de verdaderas metrorragias, que tambien han aparecido en mujeres amenorreicas o' menopáusicas. No se ha visto una acción abortiva manifestada, el parto se adelanta en las entradas en el último mes. Se citan casos de orquitis, epididimitis y vaginitis gripales.

11.^a

La gripe puede ir acompañada de una hiperemia cutánea generalizada con hiperhidrosis; tam-

bien pueden presentarse erupciones ya de forma escarlatínosa, sarampiñosa ó roseoliforme; urticaria, herpes, que no tienen significación diagnóstica ni pronóstica. La púrpura hemorrágica acompañando á otras hemorragias es signo de gravedad. La erisipela facial puede complicar la gripe y la forunculosis se ve en la convalecencia.

12.^a

En los aparatos de la olfacción, audición y visión pueden observarse manifestaciones grietales diversas que entran de lleno en el campo de las especialidades médicas.

13.^a

Seven casos en que la temperatura del cuerpo del agripado no sufre alteración, pero son raros; en

cambio se observan muchos en que la fiebre sólo dura algunas horas. Generalmente en la forma leve ó ligera la temperatura alcanza desde el principio de $38'5^{\circ}$ á $39'5^{\circ}$ y puede tomar el tipo continuo, remitente ó intermitente; en las formas graves alcanza alguna de 40° á $40'5^{\circ}$ y hasta 41° . La terminación es por crisis. También se ven casos de terminación por crisis. Al fin del proceso se observa generalmente, hipotermia, entre 36° y $36'5^{\circ}$, pero puede bajar á $35'5^{\circ}$ y á 35° . En la Gripe son frecuentes las recaídas.

14.º

La convalecencia es larga y pesada por la afección nerviosa que caracteriza esta enfermedad; influye el enfermo y la forma de la enferme-

dad; en los viejos y sujetos debilitados la convalecencia es más pesada, en cambio, en los adultos y niños sanos se reponen las fuerzas más pronto. Las formas graves acarream mayor languidez en la restitución de las energías funcionales del órgano u órganos atacados con predilección.

15.^a

El diagnóstico en tiempo de epidemia es generalmente fácil, pero hay casos en que ^{puede} presentarse a error o a la duda; puede hacerse clínico o bacteriológico; en los casos de duda debe recurrirse a éste. En la invasión puede dudarse en la de una viruela, sarampión, escarlatina, reumatismo. En ocasiones será difícil hacer un diagnóstico entre el menin-

gismo ó la meningitis gripal y el meningismo ó la meningitis de otra naturaleza: debe recurrirse á la punción lumbar. La bronquitis, la bronco-pneumonia, la pneumonia en los esputos encontraremos el diagnóstico. El sero-diagnóstico de Vidal nos aclarará la duda con la fiebre tifoidea. La diversa sintomatología de la gripe y el dengue nos dará el diagnóstico. Por ahora el sero-diagnóstico de la gripe no es positivo.

16.^a

El pronóstico es siempre grave y á veces mortal para los individuos ya enfermos aun en la forma leve ó ligera. En los individuos sanos la forma leve es de pronóstico benigno, pero la forma grave lleva también este pronóstico, siendo la torácica

-174-

la que lo es más y también la más frecuente. La siguen en frecuencia la gastro-intestinal, y en gravedad la nerviosa. Tiene en el pronóstico gran influencia la forma de la epidemia.

He dicho.

Alberto Roca y Muner

A **pendice.**

Notas clínicas.

Están tomadas del sinnúmero de observaciones que hemos tenido ocasión de hacer en reconocimientos epidémicos de la gripe: ningún caso es esporádico. No creemos que su historia se aparte de la ^{ne} generalidad que registra la literatura médica: los citamos para redondear nuestra exposición con observaciones personales que la den mayor sabor clínico.

Observación 1.^a

J. L., residente en Haro (Logroño), de 50 años, actuario, temperamento nervioso, buena constitución, género de vida moderado, sin tara patológica hereditaria ni personal. Solicitó nuestros cui-da-

dos al tercer día de verse acometido á las
dos de la tarde, bruscamente, de un do-
lor vivo, intenso, Teribrante, localizado
en el lado ~~en el lado~~ derecho de la ca-
bera y en su región frontal que se
extendia á la cavidad orbitaria, glo-
bo del ojo, nariz y piel de la nariz, acom-
pañado de hiperestesia, rubicundez de
la piel, inyección conjuntival y fotof-
bia, dolor que se exageraba al me-
nor movimiento, á la menor temida-
ción que le obligaba á acostarse guar-
dando absoluta quietud y oscuridad.
Este acceso había durado en los dos
días anteriores hasta las siete de la
tarde desapareciendo á esta hora rá-
pidamente sin dejar más que ligera
hiperestesia de toda la zona invadi-
da. El enfermo no había acusado mo-
lestia alguna anterior ni intermedia á

los dos accesos precedentes, dedicándose a sus habituales ocupaciones, no habia sentido escalofrios, ni trastornos gástricos, ni del aparato respiratorio, no acusaba movimiento febril (36.7°) ni movimiento en el pulso (80 p.). Al 4.º día, segundo de nuestra visita, la neuralgia se retrajo dos horas, siendo el acceso mas corto y menos intenso, obligando, sin embargo, a acostar al enfermo: al 5.º día tambien se retrajo y fue mas ligero, al 6.º día no se presento el acceso, quedando el enfermo libre de tan molesta dolencia. El diagnostico establecido a priori fue de neuralgia del trigémino en su rama oftálmica, mas a posteriori, teniendo en cuenta la gripe dominante epidérmicamente en la localidad, la rapidez con que desaparecio, en lo cual sin duda debio influir el trata-

nimiento farmacológico e higiénico puesto en juego, la periodicidad que no podía atribuirse á paludismo achacamos la causa de la neuralgia á la gripe.

Observación 2.^a

J. A., niño de 6 años, robusto excelente constitución, de antecedentes hereditarios y personales negativos. La enfermedad preentóse bruscamente á la una de la madrugada despertaron sus padres creyendo que algo anormal sucedía al niño, y efectivamente encontraronle en un acceso de convulsiones. Vinimos al enfermito á la media hora próximamente, el acceso había cesado, pero estaba el niño bañado en profundo sudor frío, comatozo, pulso frequentísimo, 40°, buscamos datos diciéndonos que el niño había pasado todo

el día bien, haciendo su vida ordinaria, cenó y se acostó como de costumbre, y hasta la una de la madrugada nada pudieron notar sus padres, que les pondría en cuidado: en nuestra presencia repitióse el ataque que fué típico de eclampsia, de unos dos minutos de duración, quedó inmovilmente en estado de coma profundo con trismus, saltos de tendones, desigualdad pupilar, algider de las extremidades. Nos retiramos de la casa después de haber permanecido en ella unas dos horas, dejando las instrucciones pertinentes que creímos del caso. Le vimos pocas horas después (entrado el día) y nos sorprendió la desagradable noticia del fallecimiento del niño próximamente a las 5 de la mañana, después de

tres nuevos ataques eclámpicos seguidos, que no dieron tiempo á nuevo aviso. Diagnóstico: Meningitis cerebroespinal gríjal, de forma fulminante.

Observación 3.^a

J. P., niño de 3 años, de temperamento linfático, hijo de padre de temperamento nervioso y madre hística, sin otros antecedentes propios que una infección intestinal que tuvo á los dos años, empero con ataques eclámpicos. El proceso objeto de esta observación, comenzó con síntomas catarrales poco graduados que radicaban en el aparato respiratorio y tubo digestivo con ausencia absoluta de síntomas nerviosos, temperatura 38° pulso 110: al día siguiente el mismo cuadro, el niño alegre y juguetón en la cama, la misma cifra ter-

nica por la tarde: al 3.^{er} día Temperatura matinal 37° por la tarde 37.6° sin notarse nada anormal en el niño aunque persistia el ligero catarro bronquial difuso y el ligero catarro gástrico: negación de síntomas nerviosos. A las 12 de la noche de este día fuimos llamados con urgencia y encontramos al niño presa de una sobreexcitación nerviosa grande, se agitaba en la cama de un lado á otro, golpeaba á cuantos se acercaban, gritaba descompuesto siendo imposible, en medio de aquella sobreexcitación, hacerse cargo del enfermo, que no atendia á razones ni á mandatos imperativos de sus padres: temperatura 40° . De repente este cuadro cambia y hace explosión un ataque eclámpico con convulsiones primero clónicas y tónicas y después tóni-

cas con marcadísimo opistótonos, los accesos se suceden subintrantes, la medicación puesta en juego no responde, es llamado un compañero en nuestro auxilio, rápidamente se establecen nuevos medios terapéuticos, incluso los baños tibios, la temperatura persiste entre 40° y 41° , la cara se pone cianótica, las extremidades se enfrían, el corazón decae, la nariz se afila, se desmenujan las facciones, respiración de Cheyne-Stokes y el niño muere próximamente á las tres horas de empezar el ataque eclámpico, con temperatura de 41° . Diagnóstico: Meningitis cerebro-espinal grial de forma fulminante.

Observación 4^a

J. R., niño de dos años y medio, primo carnal del anterior, temperamen-

to linfático-nervioso, con antecedentes neuropáticos en su padre (coreico) y en toda la familia de éste, su madre hermana de la madre del anterior también con tara histerica. Vimos el niño en el 5.º día de enfermedad en compañía del médico de cabecera. Nada anormal en el enfermo antes de caer en la cama, alegre, vivaracho y juguetón; el principio fue insidioso, pero ya marcando la sintomatología el predominio nervioso; dolor de cabeza fuerte, fotofobia, irritabilidad de carácter, vómitos de tipo cerebral, decúbito lateral obligado por el tórax opistótono, estreñimiento, somnolencia, taquicardia (200 pulsaciones), temperatura 38.5° m. y 39° t. los síntomas se fueron graduando hasta el quinto día en que el cuadro era próximamente igual, aprecián-

do además, hiperestesia, dolor á la presión de los globos oculares y á lo largo del raquis, pupilas un tanto desiguales reaccionando fuertemente á la luz, mancha meningítica, posición en gatillo de fusil, signo de Kernig, temperatura y pulso igual á los días anteriores; al 6.º día se añadieron gritos agudos hidrencefálicos, opistótonos marcadísimos, ligero trismus y contracturas, intolerancia gástrica absoluta, bradicardia é irregularidad del pulso que substituyó á la taquicardia, la temperatura descendió á 37° ; en los días siguientes los mismos síntomas bien marcados todos, con coma, respiración suspiratoria y muy superficial, algíder de las extremidades y temperatura central 36.2° , falleciendo el 10.º día en un estado de coma profunda é hipotermia sin

convulsiones. Diagnóstico. Meningitis cerebro-espinal grupal de forma aguda. (1)

Observación 5^a

X.X., niña de dos años, raquítica, su madre con estigmas de escrofulismo, su padre sano; la lactancia de la niña fué acompañada de muchos contratiempos propios de las malas condiciones en que se hizo aquella, de evolución dentaria muy tardía. El principio fué brusco, con escalofríos, fiebre de $39^{\circ}5'$, dolor de cabeza frontal y occipital con hiperestesia de estas regiones, fotofobia, miosis, ligero estrabismo izquierdo y ptosis del mismo lado, algunos vómitos y taquicardia (200 pulsaciones); al día siguiente se juntó a esto opistótonos, tendencia al sopor, obtusión cerebral, saltos de tendones, marcha me-

(1) Este niño cayó enfermo un día antes del fallecimiento del anterior: es el único caso en que podía verse un contagio directo.

ringítica, respiración quejumbrosa, tos y ligero catarro bronquial. Por espacio de cinco dias el cuadro no se modificó, la temperatura no remitía más que á 39° y el pulso siempre veloz pero regular, al 6.º dia la fiebre remitió á 37.5° y con ella los síntomas nerviosos, al 7.º dia la temperatura bajó á 37° y el pulso á 130. el estado de somnolencia disminuyó pero habia gran excitación nerviosa, al 8.º dia la inteligencia se despejó y la temperatura fué de 36° m y 36.3° t., cediendo por completo el opistotonos y demás síntomas nerviosos quedando el estrabismo y la ptoxis. La enfermita recobró muy poco á poco la salud, estos dos últimos síntomas persistieron por espacio de mes y medio con impotencia de las extremidades inferiores; al cabo de es-

te tiempo todo habia desaparecido, la niña quedaba completamente curada.
Diagnóstico: Meningitis cerebro-espinal gri-
pal de forma aguda.

Observación 6ª

J. J., niño de once años, de constitu-
ción débil, hijo de padre artrítico, su
madre murió tuberculosa, sus antece-
dentes personales carecen de importan-
cia. Empezó el proceso sin prodromos,
con escalofríos, fuerte cefalalgia, inteli-
gencia íntegra, pulso 140, ligeros sínto-
mas gástricos, carencia de síntomas del
árbol aéreo, temperatura $40^{\circ} 2'$: en los si-
guientes días fué marcándose el cua-
dro meníngeo por el opistótonos, dolor
á la presión en los globos oculares
y á lo largo de la columna verte-
bral, intensa cefalalgia frontal, foto-
fobia, desigualdad pupilar, posición

en gatillo de fusil, signo de Kernig, tendencia al coma, taquicardia, vómitos cerebrales, estreñimiento, contracturas, temperatura, con ligera remisión matinal alcanzaba todas las tardes $40^{\circ}5'$; más tarde se presentaron parálisis del brazo y pierna derechos con contracturas, bradicardia e irregularidad del pulso, estrabismo, amaurosis, á la vez que la temperatura alcanzaba dos veces al día á las 11 m. y 8 p., 40° con remisión de 1° á $1^{\circ}5'$, en su intervalo sudores profusos, respiración suspiriosa, sonolencia y estado comatoso, emisión involuntaria de orina y excremento, úlceras de decúbito en la región sacra y en la región trocantérea derecha, el cuadro fué acentuándose tomando el tipo de la meningitis tuberculosa, terminando con accesos convulsivos á lo

38 días de enfermedad. Diagnóstico: Me-
ningitis cerebro-espinal gripal pum-
lenta.

Observación 7^a

X.X., de 46 años, guarda rural, arte-
rio-esclerótico por alcoholismo, sin ante-
cedentes hereditarios. Después de un pe-
riodo prodromico de 24 horas carac-
terizada por quebrantamiento gene-
ral, cefalalgia, ligeros síntomas cata-
rales del árbol aéreo, coriza, tos y
del tubo digestivo, con escalofríos emé-
ticos, tuvo que abandonar su servicio
llegando á duras penas á su casa
y acostándose con violentos escalofríos,
interna cefalalgia y dolores contusi-
vos en todo el cuerpo. Al día siguiente
le visitamos por primera vez, acu-
sando cefalalgia frontal y epicrá-
nea, con sensación de martillazos,

raquialgia y dolores en todo el cuerpo con imposibilidad de todo movimiento, cara y conjuntivas inyectadas, ojos brillantes, coriza y tos que no le habia dejado dormir en toda la noche, con exudatos mucosos con ligeras arborizaciones sanguinolentas, palabra balbuciente, temblor de la lengua y de las manos, ligera incoherencia de ideas, pupilas un tanto contraídas, reaccionando a la luz, fotofobia, síntomas de catarro gástrico con ardiente sed, sin ningún dolor localizado en las paredes torácicas, sonoridad normal de la caja torácica, estertores roncos y sibilantes diseminados en ambos pulmones, alguno subcrepitante fino, sin ser posible apreciar, ni con respiraciones profundas ni provocando la

tos ningún otro dato que permitiera descubrir una localización pulmonar, sospechada, respiración frecuente (26) pulso 110 pequeño y regular, temperatura 38.8° , orinas raras y oscuras: el mismo día por la tarde 39.5° . Al día siguiente disminuyen el quebrantamiento y la cefalalgia, insomnio, con subdelirio marcado y mayor incoordinación de ideas, expectoración más abundante, mucosa, en la que flotan algunos esputos fibrinosos estriados de sangre que no permiten dudar sobre la localización pulmonar del proceso, sin embargo, no se encuentra á la percusión ni á la auscultación foco determinado, probablemente por ser éste pequeño y central, temperatura

y pulso como el día anterior, mañana y tarde. Al tercer día, verdadero delirio profesional con alucinaciones de la vista y oído pero tranquilo y respondiendo aunque con cierta dificultad á las preguntas que se le dirigen, pulso más pequeño y algo más frecuente (120 p.) 34 respiraciones, ^{por minuto,} zona de submacicer en el vértice de la escápula izquierda, soplo profundo, un tanto velado, pero característico, con aumento de las vibraciones y broncofonia, expectoración menos abundante, un tanto difícil con igual aspecto, estertores diseminados, rous y sibilantes y alguno fino, Temperatura igual. Épico ataque de delirium tremens furio-

so en el 4.^o día, agravándose el enfermo hasta el punto que fué necesario recomendar los auxilios espirituales, al mismo tiempo que recurriamos por una parte con inyecciones de aceite alcanforado y de cafeína á sostener el corazón, cuya taquicardia amenazaba terminar rápidamente con el enfermo, y por otra parte recurriamos al opio é hidrato de cloral á dosis muy alta para buscar el sueño que podría moderar la ataxia de los centros nerviosos. Efectivamente se logró este sueño, quedando el enfermo profundamente dormido por espacio de 13 horas, durante las cuales hubo que in-

sistir en las inyecciones tripodérmicas de aceite alcanforado. Afortunadamente con estos medios se logró vencer aquel estado de muerte inminente, y aunque al siguiente 6.º día la gravedad era muy grande, la ataxia había cedido, quedando en su lugar un estado de sopor, reaccionando el corazón y haciéndose el pulso de miserable y frecuentísimo de alguna mayor tensión y á 130. La temperatura era de 38°. En los días sucesivos en que no volvió á presentarse más que ligero subdelirio, la inteligencia se fue despejando, el pulso normalizándose en tensión y frecuen-

cia; la temperatura oscilante entre 38° y $38'5^{\circ}$ fué remitiendo muy lentamente, los síntomas torácicos permitían, con una zona de macicer, soplo, broncofonía y estertores difusos, la expectoración fué cambiando, haciéndose menos abundante, pero mucopurulenta con algunos esputos francamente purulentos. el tubo digestivo tomó muy ligera parte reducido á síntomas de catarro gástrico con ligera participación del hígado cuyas líneas pleximétricas estaban aumentadas, muy ligeramente doloroso á la presión por debajo del reborde costal y tinte sub-ictérico de las escleró-

ticas. De este modo llegó el 24 día de enfermedad, primero en que la temperatura fué mañana y tarde inferior á $36^{\circ}8'$. La convalecencia fué penosísima, duró casi dos meses, perdiendo reanudar sus habituales ocupaciones, sin que quedara más que un ligero infarto del pulmón que más tarde desapareció por completo. Diagnóstico? Bronco-pneumonia gripal complicada con delirium tremens.

Observación 8^a

J. R., de 24 años, de buena constitución y género de vida morigerada, sin antecedentes personales de interés, casado,

pluripara, al final del 8º mes del tercer embarazo: su padre murió de afección aguda su madre goza de excelente salud a pesar de ser ya entrada en años. Cayó enferma al siguiente día de haber estado lavando unas prendas de ropa en el río próximo al molino, donde vivia, en un día del mes de Febrero sumamente frío, notando ya ligero malestar general y escalofríos erráticos: pasó la noche inquieta, agitada, con insomnio, acentuándose el malestar general con algo de fiebre y dolor de cabeza, y a la mañana siguiente, al intentar levantarse, fue presa de fuer-

tes escalofríos, vértigos, cómitos biliosos que la impidieron levantarse y la obligaron á llamarnos. Interrogada la enferma nos contó lo que acabamos de referir y que por momentos notaba que se iban acentuando sus molestias, consistentes principalmente en fuerte cefalalgia frontal con fotofobia y dolor retro-ocular que parecía que los ojos le iban á saltar de las órbitas, dolores en todo el cuerpo que se aumentaban al moverse con sensación de mareo y zumbido de oídos, sensación de calor molesto al mismo tiempo que de agua que correría por la espalda, coxis y tos ligera y

seca, sed y anorexia: estos eran los síntomas subjetivos. Los objetivos consistían en cara y conjuntivas inyectadas, lengua ligeramente saburral, ligera faringitis y ligero dolor en el hueco epigástrico á la presión; sonoridad normal de la caja torácica, algunos estertores mucosos difusos, tos seca que se iba haciendo pertinaz y molesta, pulso 116, temperatura 39° , las orinas de color fuerte y sedimentosas no muy abundantes y sin albúmina; por la tarde el mismo cuadro de síntomas, con más tos seca y ligero dolor en la línea axilar del lado derecho, apreciándose un frote pleurítico en el

sitio del dolor. Expusimos á la enferma y á su familia la probabilidad de que se adelantara el parto tranquilizando á aquella y exponiendo á esta la gravedad relativa del caso.

Al siguiente día el cuadro varió algo, cedieron la cefalalgia y los dolores contusivos, se habia establecido notable transpiración cutánea, siguió el insomnio y los síntomas gástricos análogos: en el aparato respiratorio el ligero dolor de costado habia desaparecido, apenas se notaba el frote pleurítico, indicando que lo parado aquí fue puramente congestivo, los estertores habian aumentado en estension y finura, aumento tambien del

número de respiraciones, temperatura 38° , pulso 110; por la tarde temperatura 39° y pulso 120, la enferma nota algunos dolores mocosos. Damos las instrucciones oportunas para que el parto se llevara á cabo en las mejores condiciones posibles dada la posición social de la familia, que era de artesanos, encargando á un practicante de dicha clase de asistencia. A las 6 de la mañana del 3.^{er} día dió á luz un niño que falleció á las 3 horas de nacer: este día lo pareó la enferma regularmente, pues efecto de la pérdida de sangre que impone todo parto normal, la temperatura bajó á 37° y el pulso á 84,

los síntomas torácicos, persistieron igual desapareciendo por completo el frote, pero al siguiente día, 4.º de la enfermedad, la temperatura subió á 38.7° , con 110 pulsaciones apreciándose un foco en el lado izquierdo en el vértice de la escápula, con submacicer, soplo, broncofonia, con expectoración mucosa con estrias de sangre, 40 respiraciones, catarro bronquial más acentuado, afortunadamente nada anormal por parte de los órganos genitales. Desde este ^{día} hasta el 12.º, la enfermedad siguió su curso regular, persistiendo la fiebre entre 38° y 39° con remisión matinal y el pulso oscilando entre 100 y 110. los fenómenos torácicos fueron re-

mitiendo lentamente, permitiendo el foco, pero desapareciendo el catarro bronquial concomitante variando la expectoración, que más bien era escasa, haciéndose mucopurulenta. Desde el 12.º día la fiebre empezó á descender, colocándose debajo de la normal mañana y tarde al 16.º día. Los síntomas gástricos no fueron nunca acentuados y el mercurio, gracias á la escrupulosidad y dieta convenientes, siguió en inmejorables condiciones, no habiendo ni la más leve sombra de infección por este lado á pesar de las abominables condiciones que acompañaban á la paciente. Al 17.º día por la tarde, la enferma sin-

tuvo nuevos escalofríos acompañados de un vivo dolor en el muslo izquierdo que la arrancaba agudos gritos improbibili tándola para el más ligero movimiento. Cuando la vimos la encontramos en un estado de ansiedad grande por la intensidad del dolor que se extendía a todo el muslo, pero que radicaba principalmente desde el pliegue inguinal hacia abajo en una extensión de unos 10 c.m. en la dirección de la safena interna que se exageraba al menor contacto: no se notaba ningún otro síntoma local, la temperatura alcanzó de nuevo 38° y el pulso 100: no durmió en

toda la noche y á otro día encontramos toda la extremidad edematosa, dura, blanca, apreciando un cordón duro, doloroso en el sitio de mayor dolor que habia cedido muy poco. Temperatura 37.5° y pulso 92. Esta flebitis siguió su curso ocasionando notables molestias á la enferma, que alarmó á la familia que solicitaron una consulta que se celebró; poco á poco fué restableciéndose la circulación, quedando la vena obliterada, pudiendo darse de alta á la enferma á mitad de Abril, próximamente á los dos meses de empezar el mal, completamente curada.

de todas sus dolencias, quedando
sólo un ligero edema de la pier-
na izquierda, que después des-
apareció por completo. Diagnós-
tico: Bronco-pneumonia gripal con
flegmasia alba dolens de origen puer-
peral. (?)

El graduando.

Alberto Rosa



Madrid y Marzo de 1906

Admirable

L. Perrot

Admirable

Naum Jinn

Admirable
L. Perrot

Perfirió el ejercicio el día de Mayo de 1906 y fue calificado de sobresaliente

U. J. J. J. J.

Frederico Olvín

~~Edmund Birniger~~

Charles Chapman

Ureter

Wm. Finck

A. Wagner